

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N^o 490

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Raymond BOURGGRAFF

Né le 4 Août 1904 à Hussigny-Godbrange (Meurthe-et-Moselle)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA RELATION DES ULCÈRES DE JAMBES
ET DES DÉFICIENCES ORGANIQUES

Président : M. FIESSINGER, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Raymond BOURGGRAFF

Né le 4 Août 1904 à Hussigny-Godbrange (Meurthe-et-Moselle)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA RELATION DES ULCÈRES DE JAMBES
ET DES DÉFICIENCES ORGANIQUES

Président : M. FIESSINGER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1933

1. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNE-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



MM.

LABBÉ (Henri) .. Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 OLIVIER..... Anatomie.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VELTEP Ophthalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

C10E

MM.

REITERER Histologie.
ZIMMERN, Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ABRAMI..... Clinique médicale.
 CHIRAY..... Clinique médicale.
 N... .. Clinique médicale.
 DUVOIR..... Clinique médicale.
 BASSET..... Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER... Clinique chirurgicale.

MM.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 PROUST Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 LE LORIER..... Clinique obstétricale.
 LÉVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.
 GUÉNIOT Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans
 chaire.....
 FREY
 CHAILLEY-BERT, agrégé....
 LEDOUX-LEBARD
 WEIL-HALLÉ

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
 l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés
 de guerre et les infirmes adultes.
 Stomatologie.
 Education physique.
 Radiologie clinique.
 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

M. LE DOCTEUR P. BOURGGRAFF

Mon meilleur Ami et premier Maître.

A MON BEAU-PÈRE

M. F. J. CAUCHOIS

Docteur en Pharmacie
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MA CHÈRE FEMME

A MA FILLE

A MA SŒUR,
MES BEAU-FRÈRE ET BELLE-SŒUR

Bien fraternellement.

A MADAME CAUCHOIS

« En hommage ».

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FIESSINGER

Professeur de Pathologie expérimentale et comparée

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

INTRODUCTION

Les ulcères de jambes font partie de cette catégorie de dermatoses dont l'étiologie semble, actuellement encore, assez mal connue. La clinique certes en a été bien exposée grâce au sens critique de nos Maîtres ; mais, malgré tout, jusqu'à ces dernières années, les traitements préconisés étaient aussi nombreux que décevants. Le soulagement qu'on en escomptait se révélait en fin de compte, plutôt précaire et la guérison plus que problématique. Les malades aigris, désabusés, se confinaient au lit (seul moyen ou presque pour eux d'atténuer leurs souffrances) et, en désespoir de cause, recherchaient, dans l'application de thérapeutiques tant archaïques que moyenâgeuses, une guérison trop souvent aléatoire. Leurs lésions, à leur grande satisfaction, se comblaient-elles ? Il leur suffisait de reprendre leurs occupations habituelles pour vivre à nouveau le même cauchemar.

Nous passerons sous silence toute cette pléiade de traitements, aussi différents dans leur application que dans leur composition ; ceci n'offrirait, au cours de ce travail, qu'un intérêt relatif ; et nous arrivons d'emblée à l'époque où UNNA préconisa, ou pour être plus exacts, créa sa botte silicatée.

UNNA certes ne fut pas le premier qui songea au traitement ambulatoire ; MARTIN, du Massachusetts, en serait, paraît-il, le véritable promoteur. Il n'en reste pas moins que UNNA peut à juste titre revendiquer la mise au point d'une méthode qui constitue un progrès réellement appréciable. Le succès remporté lors de sa découverte fut considérable. A l'heure actuelle, en raison de la fréquence avec laquelle ils l'appliquent, elle est encore très appréciée par la plupart des Médecins spécialisés dans le traitement des ulcères de jambes. Sa diffusion est beaucoup moins répandue en Médecine générale, certains Médecins ne disposant que des seuls moyens de leur cabinet de consultation, les autres n'ayant pas toujours le temps nécessaire pour confectionner cette botte. Pour tout médecin qui ne peut se permettre le concours d'un aide ou d'une infirmière, l'application occasionnelle de la botte de UNNA entraîne en effet une préparation aussi longue que laborieuse. Le pansement par lui-même, nécessite des loisirs dont il ne dispose pas toujours, principalement à l'heure de la consultation. C'est en majeure partie pour ces raisons, qu'en médecine générale on traite si peu de variqueux. Loin de nous la pensée de vouloir discréditer cette méthode ; nous lui reprochons seulement son manque de facilité d'application pour tous.

Autre désavantage dont se plaignent volontiers les malades. La botte, comme certains le prétendent, accuserait après dessiccation une rigidité

quelque peu gênante, suffisante en tous cas pour entraver la marche. Nous nous plaisons à reconnaître cependant tout le bénéfice qu'on peut tirer de cette thérapeutique.

Plus récente est la méthode de notre vénéré Père, le docteur Paul BOURGGRAFF, qui s'inspira certes du procédé de son précurseur UNNA, mais le modifia pour arriver à en faire un traitement nouveau, d'une application beaucoup plus pratique, accessible à tous les praticiens, tout en lui conservant un caractère strictement médical. Autre avantage, cette méthode permet au malade une marche sans contrainte ; en outre, dès l'institution du traitement, du jour au lendemain par conséquent, celui-ci peut reprendre ses occupations comme si, déjà, il était guéri.

Il ne nous appartient pas de faire ici l'éloge d'un travail qui nous touche de si près. Le voudrions-nous au surplus que nous viendrions trop tard après les avis autorisés de MM. les professeurs SPILLMANN (1929), DANEL (1930), DEKEYSER (1931 et 32), VIGNE (1933) ; de MM. les docteurs AUBERT de Nancy, LAMBLIN et DAVID de Lille, FOUQUET de Paris (1930), FRANÇOIS et VAN RUNCKELEN d'Anvers (1931), TOURNAY de Paris, MÉLÉ d'Oran (1932), GALLIAN, DUSAN, FLORY et SIVAN de Marseille (1933). Nous nous bornerons à résumer les caractéristiques qu'en ont tracé quelques Professeurs et Médecins en empruntant leurs propres conclusions.

« Le principal intérêt de ce traitement ambula-

« toire des ulcères variqueux réside dans l'extrême
« simplicité de son application ». Déclare SPILLMANN.

Selon AUBERT, « le traitement serait simple et
« rationnel, faisant cesser toutes douleurs dès son
« emploi et d'une application aisée. Il serait à sou-
« haiter qu'il fût sinon adopté, du moins expérimenté
« dans les cliniques dermatologiques et les hospices
« d'incurables, ainsi que par tous les praticiens ».

DANEL souligne « l'action analgésique du traite-
ment ».

FOUQUET qui a traité un grand nombre de vari-
queux à l'Asile départemental des Vieillards de Nan-
terre, dit : « On comprendra tout l'intérêt qu'il y a à
« posséder un mode de traitement capable de ne pas
« immobiliser les malades, capable de leur permettre
« la continuation de leurs occupations, capable aussi
« de les guérir dans un temps relativement court ».

TOURNAY conclut comme suit :

« Y a-t-il des contre-indications ? Aucune.

« Des inconvénients, des incidents de traitements,
« des risques ? Aucun. Par contre, il y a les avan-
« tages suivants, réels du traitement ambulatoire ;
« le malade n'est pas immobilisé, à la charge des
« siens. Au contraire, il vaque à ses occupations,
« assure son travail, gagne sa vie et celle de sa famille.

« Les douleurs disparaissent très rapidement même
« les plus intolérables, pas toujours lors des premiers
« pansements d'ailleurs, mais sûrement après le 3^e

« ou le 4^e. La qualité de la cicatrice est excellente.
« La simplicité du traitement enfin en fait peut-être
« son plus grand intérêt ».

« On peut considérer cette méthode comme une
« acquisition précieuse de la thérapeutique d'une
« affection jusqu'ici incurable dans la plupart des
« cas » énonce DEKEYSER.

« Le grand avantage de la méthode, c'est de ne
« plus confiner le malade au lit et de lui permettre
« rapidement de s'occuper » écrivent FRANÇOIS et
VAN RUNCKELEN.

Pour VIGNE, « La cicatrisation est rapide, il n'y
« a pas de récurrence si l'on a soin de faire porter au
« malade la bande élastique une fois la cicatriza-
« tion obtenue ».

Faisant suite à l'article de leur Maître, et s'auto-
risant de leurs travaux à la Clinique Dermatologique
de la Faculté de Marseille, DUSAN, FLORY et SIVAN,
aboutissent aux mêmes conclusions : « Absence de
« contre-indications. Innocuité absolue. Résultats
« favorables sur des ulcères remontant à 10, 20 et
« même 30 ans. Absence de récurrences. Dans une étude
« étiologique, ils citent, parmi tant d'autres facteurs,
« le rôle des lésions vasculaires et des troubles endo-
» criniens, confirmant ainsi ce à quoi MÉLÉ faisait
« allusion quelques mois auparavant ».

MÉLÉ dans ses conclusions semble partager l'idée
qui fait en somme la base du modeste travail que nous

présentons aujourd'hui à nos Maîtres. Il écrit : « Il
« n'existe pas encore, il ne peut probablement pas
« exister une thérapeutique unique, spécifique d'une
« lésion qui n'est pas propre à une maladie bien
« déterminée, mais qui constitue, semble-t-il,
« l'aboutissant de facteurs étiologiques variables
« et de conditions pathogéniques souvent multiples.
« Cette conception nous paraît sage et de nature à
« nous donner une conclusion ».

Dès le début de notre scolarité, notre voie était donc toute tracée. Le professeur SPILLMANN venait de faire sa communication et déjà, le traitement de P. BOURGGRAFF, sous la direction de notre ami MONDET, avait attiré au Dispensaire de Charonne, actuellement Hôpital, un grand nombre de variqueux. Accueillis dans ce service, nous eûmes l'avantage inespéré pour un étudiant, de pouvoir y traiter au cours de nos études médicales, plus de deux cents porteurs d'ulcères. Aujourd'hui, faisant état de cette latitude dont nous avons si largement bénéficié, nous sommes heureux d'être à même de présenter à nos Maîtres, un travail dans lequel il nous est tout particulièrement agréable d'apporter, ne fut-ce qu'en partie, notre modeste contribution.

Sitôt installés dans notre service, nous traitâmes tous nos malades comme il nous fut indiqué, c'est-à-dire en ne considérant les ulcères de jambes que du seul point de vue local, cependant qu'à l'époque P. BOURGGRAFF nous eût déjà fait remarquer la proportion assez impressionnante de porteurs d'ulcères

hypertendus. Par la suite, mais beaucoup plus tard, notre attention fut mise en éveil par quelques déboires successifs, y compris quelques récides précoces alors même que la technique avait été suivie par nous à la lettre. Un peu désarmés, nous en référâmes à P. BOURGGRAFF et, d'un commun accord, il fut convenu que l'un et l'autre constituerions désormais un fichier pour tenter, dans les limites du possible, d'établir s'il n'existait pas une ou plusieurs lésions de l'organisme susceptibles de contribuer à l'apparition des ulcères jambiers, d'avoir une influence néfaste sur leur cicatrisation, voire même, dans certains cas, d'entraver toute velléité de guérison.

Chacun de notre côté, nous nous mîmes à l'œuvre. De temps à autre, aux vacances, nous nous communiquions nos observations respectives et c'est en somme du fruit de cette collaboration qu'émane aujourd'hui la thèse que nous présentons à nos distingués Maîtres.

Nos conclusions reposeront sur un nombre de cas qui n'est pas inférieur à quatre cents, une bonne moitié nous étant personnelle. Nous en avons détaché quelques-unes parmi les plus probantes et les publions au cours de ce travail.

La question suivante résumera brièvement le but que nous avons poursuivi : l'ulcère variqueux, comme nous l'imaginions tout jeune étudiant, doit-il être traité uniquement du point de vue local ?

Afin de résoudre ce problème, nous nous sommes efforcés de mettre en relief les relations simultanées

des ulcères de jambes et des différents organes pour nous cantonner finalement à trois d'entre eux qui revenaient dans nos observations avec une fréquence telle qu'il nous parut peu vraisemblable de voir là seulement le fait d'une simple coïncidence. En définitive, ce sont vers les altérations du cœur, du rein et des glandes endocrines que se sont dirigées d'abord, puis fixées, nos investigations.

Tel a été le but de notre travail. Profondément attaché à la cause médicale par des liens familiaux, nous espérons avoir réussi à retenir l'attention de nos Maîtres. Telle est une de nos plus chères, de nos plus intimes ambitions.

En terminant, nous résumerons comme suit le plan que nous avons adopté dans l'élaboration de notre thèse :

ULCÈRES DE JAMBES ET CARDIOPATHIE

» ET TENSION ARTÉRIELLE

» ET HYPERTENSION

» ET MALADIES DU SANG

» ET GLANDES ENDOCRINES

(Parathyroïde. Glandes génitales mâles et femelles.

Hypophyse. Pancréas).

En manière de conclusions, nous avons exposé la relation d'ensemble qui existe entre ces différents organes et le syndrome ulcère de jambe. Enfin, nous avons condensé la bibliographie aussi complète que possible des différents ouvrages et articles qui ont été publiés sur les ulcères de jambes, sujet vaste s'il en fût comme chacun le sait.

ULCÉRATIONS ET CARDIOPATHIE

Les maladies du cœur retentissent tôt ou tard sur la circulation générale et plus particulièrement sur celle de retour. Les perturbations de cette dernière se manifestent au niveau du poumon et du foie par de la congestion et par de l'œdème des jambes. L'œdème, premier symptôme de la défaillance myocardique, révèle par son importance, le degré d'atteinte du cœur. Le malade, vers le soir, constate au niveau de la malléole et du cou-de-pied les reproductions fidèles de la trame du bas ou de la chaussette ; d'autres fois, la partie supérieure de la tige de la chaussure est marquée par une dépression et sur toute sa hauteur laisse des empreintes sur la jambe. Par le décubitus horizontal, ce gonflement disparaît. Simultanément, les vaisseaux périphériques se dilatent afin de suppléer à l'organe déficient. Ceci passe généralement inaperçu ou ce qui est plus exact, le malade n'y attache pas l'intérêt désirable. Les échanges cellulaires s'effectuent encore, mais au ralenti ; par contre, ils s'activent pendant le repos afin de contrebalancer le déficit de la journée.

N'y aurait-il pas une relation à établir entre cette

activité et l'apparition des douleurs ou du prurit qui accompagnent certains ulcères de jambes pendant le repos ? Le fait en lui-même nous paraît plausible.

Par la suite, le gonflement augmente progressivement, bientôt le repos seul ne suffit plus à sa résorption. Les vaisseaux continuent à se dilater, mais en vain ; les phénomènes de dialyse, devenus insuffisants à la suite de variations fréquentes dans la composition des liquides inter ou péri-cellulaires, altèrent profondément le dynamisme des cellules. Qu'il se produise alors la moindre aggravation circulatoire ou le plus petit trauma et l'élément cellulaire déjà amoindri dans sa force, ne pouvant plus lutter, succombe. La mort de l'un provoque systématiquement celle de nombreux autres, tout comme le livre qui dans sa chute en entraîne ou toute une rangée, ou une quantité appréciable d'autres.

La révélation clinique de ces faits sera l'élimination d'une croûte. Normalement, le *restitutio ad integrum* de cette dernière s'effectue très rapidement à la condition que l'œdème ne persiste pas. Sous cette croûte l'excoriation se développe peu à peu ; elle se modifie bientôt pour acquérir finalement les caractères qui font le propre de l'ulcère jambier. La rapidité d'extension est telle qu'elle nous a paru pouvoir être retenue comme signe pathognomonique des ulcères d'origine cardiaque et œdémateuse. C'est ainsi que nous avons vu un ulcère de 6 sur 7 centimètres et 4 millimètres de profondeur se constituer en quelques jours.

Formulé pour la première fois par MARCARO, le concept de l'étiologie œdémateuse, par conséquent cardiaque, conserve toujours sa valeur parce qu'il correspond à des faits cliniques déterminés. JEAN-SELME étend davantage encore cette doctrine : pour lui, tout ulcère serait d'origine œdémateuse, ce qui expliquerait l'aphorisme de BILLROTH. « Ce ne sont pas les varices les plus énormes qui engendrent les ulcères les plus rebelles, mais les ulcères les plus rebelles sont ceux où l'œdème des jambes est le plus considérable ». Ceci nous paraît très exact surtout pour les ulcères survenant au cours des cardiopathies, mais il semble exagéré de vouloir l'étendre à l'étiologie de toutes les ulcérations de jambes. A l'appui de cette citation, et la confirmant, nous allons relater une de nos observations d'ulcère chez un cardiopathe.

M. R. S..., 40 ans, cordonnier, vient au Dispensaire de Charonne, le 10 avril 1930, pour une vaste ulcération siégeant au tiers inférieur de la jambe gauche. Les deux jambes, œdémateuses, mesurent respectivement :

	Jambe droite	Jambe gauche
Tiers supérieur....	36	40
Tiers moyen.....	38	42
Tiers inférieur.....	28	33

L'ulcère a 6 centimètres de long sur 10 de large et 5 millimètres de profondeur ; d'allure torpide, d'odeur fétide, de fond sanieux, il suinte abondamment. Cette plaie remonte à 1928. A cette époque, le malade percevait le soir les premières manifestations

de l'œdème, mais le matin ses jambes avaient de nouveau leur volume normal. Cependant, petit à petit, l'œdème ne cèda plus au repos et les rémissions matutinales ne furent plus perceptibles, le volume des jambes restant alors constant.

En janvier 1930, M. R. S... laisse choir une alène sur sa jambe gauche ; il se forme une petite croûte en même temps qu'apparaît un prurit très rebelle. En quelques jours l'ulcération acquiert le volume que nous avons noté plus haut. Notre malade inquiet devant la rapidité d'extension du processus ulcérateur, va consulter ; on le rassure et lui ordonne le repos avec applications de compresses imprégnées de Baume du Pérou. Entre temps est apparue une dyspnée d'effort. Dès lors, la physionomie du malade s'altérant progressivement, se cyanose ; au moment où nous le voyons, il présente le facies des mitraux. Le foie déborde les fausses côtes d'un travers de doigt ; quelques râles congestifs, aux bases, sont perceptibles. Tension artérielle : 16-8.

ANTÉCÉDENTS : Dans l'enfance, une scarlatine et une diphtérie. A 16 ans, une crise de R. A. A. oblige notre sujet à s'aliter pendant 3 mois. Après une longue convalescence il se rétablit en l'absence de sequelles cardiaques. En 1914, bien portant il part aux armées, mais trois ans plus tard, à la suite d'un long séjour au front, il fait une crise intense avec prise des articulations des poignets et des genoux, le tout accompagné d'atteinte des valvules mitrales. Cette

crise dure 6 mois. Réformé en 1918, il reprend son échoppe de bouif et son état ne varie plus. Chaque hiver il tousse bien un peu, mais cette toux disparaît par l'absorption de sirop.

Le 10 avril 1930, nous instituons sur l'ulcération la méthode de P. BOURGGRAFF. Au bout de quelques pansements, M. R. S... ne souffre plus ; il dort ses nuits entières. L'œdème est moins intense et les mensurations de la jambe malade tombent à ce moment aux chiffres suivants :

	Jambe gauche
Tiers supérieur.....	39
Tiers moyen.....	40
Tiers inférieur..	31

La guérison semble vouloir s'établir régulièrement. Le 15 mai en effet, les dimensions de l'ulcère ne sont déjà plus que : 5 centimètres sur 4 centimètres et 3 millimètres de profondeur. Nous continuons l'application de cette méthode en renouvelant les pansements tous les 3 ou 4 jours seulement. Mais alors, à notre grande surprise, la cicatrisation cesse de progresser. L'état reste rigoureusement stationnaire. Allons-nous impliquer le fait à la thérapeutique suivie ? Notre perplexité est grande. La dyspnée est toujours aussi intense et les signes de la décompensation cardiaque n'ont pas varié.

Le 26 mai, nous soumettons notre malade au traitement classique à la digitaline dont les effets ne se font pas attendre : la diurèse augmente, les œdèmes régressent, les signes de congestion disparaissent et

enfin, nous constatons parallèlement une reprise de la cicatrisation de l'ulcère. La formation des bourgeons charnus est manifeste ; les bords s'affaissent insensiblement. En même temps que s'atténuent les signes de la défaillance cardiaque, la cicatrisation s'accélère manifestement. La prolifération des cellules épidermiques s'avère de plus en plus active et rapidement les bourgeons charnus s'épidermisent.

Au commencement de juin, M. R. S... est complètement guéri ; fait saillant : les dimensions des jambes sont revenues ce qu'elles étaient :

	Jambe droite	Jambe gauche
Tiers supérieur.....	29	30
Tiers moyen.....	32	32 1/2
Tiers inférieur.....	26	26

Le souffle en jet de vapeur persiste encore, mais la cardiopathie est maintenant compensée.

La cicatrice de l'ulcère est souple et très solide.

Nous avons revu plusieurs fois M. R. S... pour prévenir toute récurrence. Nous lui avons conseillé de faire de temps à autre, des cures de digitale ; sans nouvelles depuis janvier 1933, nous supposons que son état de santé reste satisfaisant.

De cet exposé, il résulte, comme le disaient déjà BOYER et MARCARO appuyant eux aussi leurs opinions respectives sur leurs propres observations, que *chez les cardiaques, les ulcérations des jambes exigent pour se combler, comme médication auxiliaire au traitement local, l'administration d'un toni-cardiaque.*

LA TENSION ARTÉRIELLE ET LES PORTEURS D'ULCÈRES

Dès 1925, comme nous le disions précédemment, P. BOURGGRAFF avait déjà attiré notre attention sur la fréquence des chiffres élevés des maxima et minima chez la plupart des porteurs d'ulcères ; mais, jeune étudiant, sceptique par définition, son fils par surcroît, nous pensions qu'il ne s'agissait là que d'une simple coïncidence. Un hypertendu ne pouvait-il faire une rhinite ou toutes autres affections sans qu'il faille pour cela établir une relation de cause à effet entre son hypertension et l'inflammation des cornets ? De là à résoudre par la négative, il n'y avait qu'un pas qu'allègrement nous franchîmes, sans d'ailleurs approfondir autrement, n'écoutant que notre seul enthousiasme de médecin en herbe, non exempt d'une certaine suffisance et dont la science toute livresque se refusait à la moindre suggestion émanant d'un praticien, averti sans doute, mais encore ignoré à l'époque. Toutefois (par déférence beaucoup plus que par conviction, qu'il nous soit permis de l'avouer aujourd'hui), nous recherchâmes dans la littérature, mais en pure perte, tout ce qui

pouvait se rapporter à ce concept. Ce qui ne nous empêcha pas de répondre au désir de P. BOURGGRAFF en établissant nos fichiers comme il nous en avait priés.

Or, en 1928, le jeune maître italien A. LUISADA, dans les *Archives des maladies du cœur et des vaisseaux*, publia son article très original sur les veines et les artères. A l'aide d'appareils très sensibles, ce physiologiste enregistre des électro-angiogrammes ; il démontre que le système artériel et veineux se contracte presque constamment et selon un rythme propre à chacun de ces organes. Intrigués à juste titre par cette confirmation éclatante d'une conception énoncée jusque là d'une façon purement hypothétique, nous nous mîmes en relation avec A. LUISADA, lui demandant s'il avait eu des résultats négatifs ou positifs en étudiant les veines déficientes. L'auteur n'avait pas encore dirigé ses expériences de ce côté, mais gracieusement nous conseilla de lire les articles parus dans la « *Pflügers Archiv* » du physiologiste allemand FLEICH.

FLEICH, par des expériences multiples chez les animaux, nous révèle des points très importants de la physiologie du système veineux. Nous ne pouvons ici les décrire toutes et nous renvoyons ceux de nos lecteurs qui s'intéresseraient plus particulièrement à cette question, aux articles originaux. Nous nous contenterons de formuler les conclusions de ces travaux.

Au laboratoire, si, par un mécanisme quelconque,

on élève la tension artérielle chez un animal, il se produit une vasodilatation veineuse en même temps qu'une chute brusque de la tension veineuse. Au bout de quelques instants, on constate un fléchissement de la tension artérielle et une élévation progressive de la pression veineuse, ces deux dernières tendant d'ailleurs à s'équilibrer. Il est certain qu'il y a, à ce moment là, afflux de sang dans le système veineux superficiel. Quel est le mécanisme de cette compensation ? Avons-nous simplement affaire à des principes de physique bien établis comme ceux des vases communicants ou, au contraire, s'agit-il d'un mécanisme complexe nerveux ou hormonal ? FLEICH semble s'incliner plutôt vers cette toute dernière étiologie : mécanisme hormonal. Les travaux de cet auteur ne sont pas complets et prochainement il doit faire paraître un autre article sur la question. D'ailleurs, la source du phénomène du balancement n'est pas dévolue à tout l'appareil circulatoire et, en se livrant à une expérience différente, en élevant par exemple la tension au niveau du sinus carotidien, il obtient une vasodilatation des veines périphériques. Un seul des sinus carotidiens suffit pour l'observance de ce phénomène.

Comme conséquence de toutes ces expériences, évidemment assez minutieuses, FLEICH nous incite à penser que chez l'homme, il peut exister des phénomènes semblables. En clinique entre autres, il est fréquent de constater, chez des sujets hypertendus, ou mieux, chez des sujets dont la tension est suscep-

tible de variations, une vaso-dilatation veineuse coïncidant avec la céphalée occipitale ou encore avec l'apparition de troubles subjectifs de l'hypertension. Mais nous savons (ce fait a été observés maintes fois) que, chez certains variqueux, un à-coup se traduit fréquemment par un éclatement consécutif à une dilatation ampulaire. Nous ne pouvons pas faire d'expériences pour établir si, chez l'homme, ce phénomène du balancement est bien limité à la région carotidienne, mais rien ne nous empêche de penser qu'il en est ainsi, et, tout au contraire nous y incite.

Le système veineux joue donc à l'égard de la circulation, un rôle de compensation. Ceci est d'autant plus vrai que nous savons qu'à l'état normal, voire même dans certains états pathologiques, les capillaires sont presque tous obstrués, un tiers seulement restant fonctionnel.

Le professeur GLEY, lui aussi, expose le rôle prépondérant du système veineux comme réservoir hémal.

Tout dernièrement, un auteur américain, DANTZER, crut devoir utiliser cette dérivation de la masse sanguine veineuse pour traiter certains troubles fâcheux dus à l'hypertension ou à des syndromes analogues. Ce clinicien, à l'aide de manchettes pneumatiques, bloque la circulation de retour des veines superficielles des quatre membres. La pression est mesurée à l'aide d'un manomètre. D'après les dires de l'auteur, les résultats obtenus avec son appareil seraient équivalents à ceux consécutifs à la saignée. Ce serait, en

TABLEAU I

RÉFER. OBSERV.	Age	T. A.	URINES				SANG	
			Volume	Albumine	Sucre	Nicturie	Urée	Hecht B. W.
N° 31	45	18- 9	1.100	0	0	2	0,66	H8
36	52	17-10	1.200	0	0	1	0,63	H8
40	54	19-10	975	0	0	0	0,51	H8
43	18	14- 7	1.000	0	0	1	0,41	H8
55	59	20-10	1.000	0	0	1	0,49	H8
62	74	23-12	995	+	0	2	0,61	H8
71	60	18-10	1.900	0	0	0	0,58	H8
84	56	22-10	1.010	+	0	1	0,62	H8
87	33	17- 9	993	0	0	0	0,52	H8
89	45	16- 7	1.100	0	0	0	0,49	H8
92	62	20- 9	900	+	0	2	0,70	H8
97	42	18- 8	1.200	0	0	0	0,47	H8
99	57	20- 9	1.110	0	0	1	0,41	H8
103	46	17- 9	1.120	+	0	1	0,71	H8
104	63	19-10	1.250	0	0	0	0,50	H8
105	73	23-11	1.100	0	0	2	0,48	H8
108	65	18- 9	1.230	0	0	0	0,45	H8
109	55	24-12	1.000	+	0	2	0,83	H8
112	50	16- 7	1.300	0	0	0	0,43	H8
116	63	19-12	1.150	0	0	1	0,52	H8
124	61	18-10	998	0	0	0	0,51	H8
122	65	25-13	1.005	+	0	3	0,77	H8
124	34	16- 7	1.300	0	0	0	0,40	H8
126	32	16- 8	1.000	+	0	1	0,69	H8
129	51	17- 8	984	+	0	2	0,89	H8
131	50	18- 8	1.101	0	0	1	0,55	H8
133	65	20-11	1.132	0	0	1	0,43	H8
139	72	24-15	1.104	0	0	3	0,60	H8
183	64	17- 8	965	+	0	3	0,88	H8
191	53	18-10	1.125	0	0	1	0,95	H8
197	46	16- 8	1.162	0	0	0	0,40	H8
201	65	19- 9	1.024	+	0	1	0,88	H8
203	32	16- 7	1.160	0	0	0	0,44	H8
209	48	18- 9	1.145	0	0	0	0,29	H8
280	64	19-11	1.165	0	0	0	0,42	H8
281	55	21-13	1.156	0	0	1	0,53	H8
283	62	20-11	1.045	0	0	0	0,43	H8
289	48	17- 8	982	+	0	1	0,75	H8
300	53	21-10	1.022	0	0	0	0,52	H8
304	49	18- 8	1.101	0	0	0	0,45	H8
329	67	20- 9	1.003	0	0	1	0,60	H8
340	49	21-12	1.000	0	0	0	0,45	H8
344	68	18- 9	1.025	+	0	0	0,55	H8
351	55	19-10	1.200	+	0	1	0,50	H8
354	52	18- 9	1.000	+	0	2	0,53	H8

quelque sorte, une saignée sans perte de sang. Nous n'avons pas eu l'occasion de nous servir de cet instrument et le rappelons seulement à titre documentaire.

Ces expériences semblent confirmer, bien que dans un sens général, toute l'importance des hypothèses qui avaient été précédemment émises à propos du réseau veineux périphérique. En réalité cette question n'est pas encore résolue. Nous allons essayer, en nous référant à quelques-unes de nos observations résumées d'autres part en deux tableaux, de faire ressortir l'importance des relations de l'hypertension et du processus ulcératif chez quelques-uns de nos malades.

Sur le premier, nous avons enregistré l'âge, la tension et certains symptômes révélateurs de l'élévation de la tension.

Sur 45 ulcéreux en traitement (*Tableau I*), nous en trouvons 36 dont la tension maxima est anormalement élevée. Chez certains, elle atteint des chiffres impressionnants : 23-24 et même 25.

Ces hypertensions sont considérables alors que l'âge de nos sujets n'en explique qu'imparfaitement l'élévation pathologique. Sans doute, la sclérose survient-elle d'assez bonne heure chez nos malades de la campagne où certes la tempérance n'est pas une vertu. En admettant que cette intempérance n'entre pas seule en ligne de compte, elle nous paraît être en tous cas un gros facteur de sclérose. Il ne nous semble pas d'ailleurs qu'il s'agisse là vraisembla-

blement du syndrome surénalien décrit par VAQUEZ et DONZELOT, il y a quelques années. Ces variqueux sont complexes ; ils sont non seulement hypertendus et polyscléreux, mais encore atteints de déficience rénale. Il est enfin assez fréquent de déceler chez eux des signes de sénilité précoce.

Tous ont un caractère initial commun : ce sont indistinctement des porteurs de varices, lésions qui remontent pour la plupart à quelques années. Tous également ont eu des ulcères qui se fermaient plus ou moins rapidement chez les uns sans qu'aucune thérapeutique ne soit mise en œuvre, alors que chez les autres au contraire, ils accusaient une tendance à l'extension, voire même chez ceux qui tentaient de se soigner (il est bon d'ajouter, par des moyens de fortune). Ces ulcères, semble-t-il, n'obéissaient à aucune loi. Certains ulcéreux même se gardaient bien de les guérir. Ne leur avait-on pas prédit les pires catastrophes, si la cicatrisation venait à supprimer cet exutoire créé par l'organisme afin « d'éliminer », leur affirmait-on, « le mauvais sang ».

Nous nous souvenons d'une malade que nous avons eu beaucoup de mal à convaincre de se laisser soigner. A plusieurs reprises, pour la rassurer, nous dûmes convoquer quelques variqueux guéris. Finalement, elle se décida à tenter l'épreuve et par la suite, fut enchantée lorsque, « guérie », et (pour employer sa propre expression) « rajeunie de 10 ans ».

En 1927, certain malade, celui qui fait l'objet de notre observation 109, contribua, au début du moins,

à fixer notre attention d'une façon toute particulière sur les relations de la tension et de la circulation ulcéreuse. Il nous rapportait en effet que son ulcère semblait vouloir guérir de lui-même, sans aucune application locale, toutes les fois que disparaissaient ou même diminuaient ses bourdonnements d'oreilles et ses céphalées à localisation occipitale, mais cependant, sans que jamais l'amélioration aille jusqu'à la guérison complète, malgré le régime et le repos.

A la suite d'excès prolongés de boissons, les symptômes subjectifs reprirent avec une grande activité. Parallèlement, l'ulcération s'étendit. Il y avait là, sans aucun doute, une relation évidente entre l'ulcère et la tension. Mais nous ne saurions dire en vertu de quel concours de circonstances nous nous étions refusés à rattacher les caractères que présentait notre malade aussi bien à l'hypertension qu'au syndrome cardio-rénal. Or, notre N° 109 était en réalité un cardio-rénal porteur en outre d'un gros œdème au niveau des jambes.

Durant les deux années qui suivirent, faute de sujet, nous restâmes dans notre erreur cependant que notre attention ait été vivement attirée entre-temps par la publication des travaux des différents auteurs suivants : A. LUISADA, FLEICH, GLEY et DANTZER.

Fortuitement, au début de 1928, nous fûmes plus favorisés. Les variqueux se présentant toujours plus nombreux à notre consultation du Dispensaire de Charonne, nous fûmes assez heureux de pouvoir, à plusieurs mois d'intervalle, sélectionner six malades

qui ne semblaient atteints, *a priori*, que d'ulcères de jambes typiques. Nous avons groupé dans notre second tableau, les phases successives de l'évolution de leurs ulcérations. Les traitements de ces ulcéreux se sont en réalité échelonnés entre le 11-2-1928 et le 4-8-1930. Afin d'y gagner en clarté, nous les avons groupés et décrits sous la forme d'un travail d'ensemble (*Tableau II*).

Nos fiches nous apprennent que ces sujets, les numéros : 121, 132, 140, 151, 156 et 167 étaient de vieux ulcéreux et qu'ils présentaient des lésions assez rebelles ; soumises à de multiples traitements, leurs plaies s'étaient plus ou moins guéries. Certains d'entre eux, de guerre lasse ne se soignaient plus ; d'autres au contraire, recherchaient sans grand espoir et par des pratiques bizarres une guérison hypothétique. Témoin, le N° 132 qui, après avoir consulté un rebouteux, appliquait matin et soir des compresses imbibées de son urine. Le résultat de cette thérapeutique ne se fit pas attendre : en très peu de temps, il engendra un érythème considérable de tous les téguments périulcéreux, accompagné d'un accroissement rapide de l'ulcère. Lors de notre première visite, son ulcère était à ce point infecté, que, pendant plusieurs jours il nous fallut le mettre au repos avec applications locales d'eau chloroformée saturée. En huit jours, cette infection étant enrayée, il fut soumis comme les cinq autres à la thérapeutique de P. BOURG-GRAFF. Il guérit certes mais non sans quelques in-

TABLEAU II

RÉFER. OBSERV.	AGE	Début de Traitement				1 ^{re} quinzaine de Traitement				2 ^e quinzaine de traitement				3 ^e quinzaine de traitemēt				4 ^e quinzaine de traitement				5 ^e quinzaine de traitement				6 ^e quinzaine de Traitement			
		Tens. Art.	Longueur	Largeur	Profondeur	Tens. Art.	Longueur	Largeur	Profondeur	Tens. Art.	Longueur	Largeur	Profondeur	Tens. Art.	Longueur	Largeur	Profondeur	Tens. Art.	Longueur	Largeur	Profondeur	Tens. Art.	Longueur	Largeur	Profondeur	Tens. Art.	Longueur	Largeur	Profondeur
			cm.	cm.	mm.		cm.	cm.	mm.		cm.	cm.	mm.		cm.	cm.	mm.		cm.	cm.	mm.		cm.	cm.	mm.		cm.	cm.	mm.
121	52 ans	20-13	4	5	4	20-13	3	4	2	19-11	2	2	1	18-10		Guéri													
132	60 ans	22-16	6	4	3	22-14	5	3	3	20-13	4	3	2	19-11	1	1	05	18-12		Guéri									
140	59 ans	18-12	4	3	3	18-12	3	2	3	17-10	2	1	2	16- 9		Guéri													
151	47 ans	19-12	5	4	2	19-12	4	4	2	16- 9	2	2	1	15- 8		Guéri													
156	58 ans	20-12	6	5	4	20-12	5	4	3	20-12	4	4	3	20-12	4	3 1/2	2	18- 9	3	2	1	17- 8	05	05	05	16- 8		Guéri	
167	56 ans	21-14	7	4	4	21-14	6	4	2	21-14	5	3	2	21-14	5	3	2	19-10	4	2	1	18- 9	05	05	05	17- 9		Guéri	

cidents au sujet desquels nous reviendrons au cours du présent chapitre.

Devancés par différents auteurs, il nous est difficile, nous l'avons intentionnellement spécifié au début de cette thèse, de nous étendre sur la méthode de P. BOURGGRAFF. Ce traitement, à l'heure présente du moins n'est pas encore suffisamment répandu pour être familier à tous les Médecins. Nous devons, pour la compréhension de ce qui va suivre, exposer quelques-unes des caractéristiques qui contribuent à son originalité.

Tout d'abord, le traitement est ambulatoire dans toute l'acception du terme. Nous entendons par là que marcher, pour nos malades, est une nécessité rigoureuse. Nous passerons sous silence l'action des pâtes qui en constituent la base active. L'exposé de cette thérapeutique sortirait du cadre de notre travail. Le traitement est rendu ambulatoire grâce au port d'une bande en tissu caoutchouté qui doit être appliquée de telle sorte que son action se traduise par une pression suffisante sur la jambe pour maintenir le réseau veineux déficient et par là-même réduire notablement les conséquences fâcheuses dues à la stase. En second lieu, cette bande élastique, au cours de la marche, transformera les contractions musculaires en un véritable massage qui contribuera à activer, et à rétablir par conséquent la circulation veineuse périphérique. Les bons effets du massage sur les jambes ulcérées ont d'ailleurs été exposés

avec autant de circonspection que d'à propos par RIGNIER en 1900 dans sa thèse inaugurale.

Le malade procède à la fixation de sa bande avant de se lever ; dans la matinée, il s'astreint à une demie heure de marche en plein air et renouvelle cet exercice dans l'après-midi. En général, on augmente la durée des séances suivant une progression d'environ cinq minutes tous les jours pour arriver en fin de compte à un minimum de deux heures par jour. C'est bien à dessein que nous écrivons « minimum », attendu que les malades guérissent d'autant plus vite qu'ils marchent davantage. Malheureusement, il est souvent assez malaisé de les y astreindre, le repos étant dans l'esprit de la plupart le seul espoir de guérison.

Il est un fait saillant sur lequel nous attirons l'attention à propos de ce traitement. Les premiers pansements sont toujours accompagnés d'une lymphorée tellement abondante qu'elle traverse plusieurs épaisseurs de gaze, les bandes qui les maintiennent ainsi que la bande caoutchoutée. Au début, il est indiqué de renouveler les pansements chaque deux jours ; en général, la lymphorée cède après les 4^e ou 5^e pansements tout au plus. A ce moment, les ulcères sont le plus souvent nettoyés. Sur le fond commencent à apparaître des bourgeons charnus ; la dermite périphérique s'atténue progressivement et plus vite semble-t-il que l'ulcère. Les bourgeons charnus deviennent de plus en plus nombreux ; les bords s'affaissent ; les membres sont moins enflés, et, point

très important sur lequel insistent tous nos malades : ils ne souffrent plus, alors même que l'ulcère s'avère d'un volume très appréciable ; plus tard, les bourgeons s'épidermisent ; l'ulcère se comble.

Telles sont dans les grandes lignes les caractéristiques qui nous intéressent tout spécialement dans la méthode que nous venons de décrire.

Mais, nous écartant un instant de cette dernière, revenons aux phénomènes douloureux inhérents aux ulcères ; nous estimons qu'ils méritent une mention spéciale sur laquelle nous nous devons d'insister.

De tous temps, cette question des douleurs chez les ulcéreux est restée bien nébuleuse. On peut estimer à 50 % le nombre de ceux qui souffrent en fin de journée, c'est-à-dire au moment où l'œdème est le plus prononcé. Il en est d'autres au contraire, dont les horaires douloureux ne coïncident nullement avec cette période. Pour certains, il y aurait des périodes d'algies matutinales, par exemple le N^o 148 présentait des douleurs réveille-matin qui l'obligeaient à sortir du lit à 6 heures s'il ne voulait pas continuer à souffrir. Par contre, notre malade N^o 156, se plaignait, lui, de vives souffrances survenant aux environs de minuit et de durée assez courte, puisque cessant vers une heure du matin. A partir de ce moment, il retrouvait son sommeil. Tout autre encore est le N^o 151 qui ne constitue pas un fait moins saillant, ce dernier marchait beaucoup mieux au cours de l'après-midi que le matin ; dès le lever, sa

jambe accusait, nous dit-il, une certaine lourdeur qui disparaissait régulièrement vers midi.

Tous ces faits embrouillent un tant soit peu la pathogénie des douleurs dans les ulcères de jambes, tant et si bien qu'il ne nous a pas été possible de nous faire une opinion à ce sujet. Le pourrons-nous davantage par la suite ? Nous ne le pensons pas attendu que la méthode que nous suivons nous prive de toute documentation dans ce sens, du fait que chez aucun des malades en traitement la douleur ne persiste.

Cette digression achevée, revenons aux observations de nos six malades.

La cicatrisation pour eux semble proche et nous augurons de promptes guérisons. Or, chez trois d'entre eux nous relevons des incidents qui retiennent tout particulièrement notre attention. Les n^o 140-151 et 156 voient apparaître entre les bourgeons charnus et même sur ces derniers, une pellicule jaunâtre presque toujours très adhérente, parfois aussi très lâche. Nous n'eussions pas insisté sur sa présence, ne fussent les difficultés qu'elle entraîne invariablement aussi longtemps qu'on ne peut en débarrasser le fond de l'ulcération. Un fait est certain, dès l'apparition de cette complication, on n'observe plus ni régression, ni progression, l'ulcère reste pour ainsi dire atone.

Nous avons pratiqué de nombreuses biopsies au niveau de cette membrane ; l'examen histologique nous a révélé qu'elle était formée uniquement de

polynucléaires altérés et de fibrine. La fréquence avec laquelle nous avons constaté un temps d'arrêt de la cicatrisation toutes les fois que les ulcères sont recouverts de cette pellicule, nous permet de conclure à son influence manifeste autant que néfaste en l'occurrence.

Restent nos trois variqueux, les Nos 121-132 et 167. Chez ces derniers, pas de pellicule jaunâtre ; néanmoins, aucune modification des lésions n'est apparente et nous constatons chez eux aussi un arrêt total de la cicatrisation pendant un temps qui varie de 15 à 20 jours. Les mensurations pratiquées à l'aide du pied à coulisse restent identiques. Nous recherchons comme toujours, s'il n'y a pas de faute de technique dont les principaux facteurs sont les suivants :

1^o Pansements mal faits et plus particulièrement, décapage insuffisant, ce qui nous décide à faire nous-mêmes les applications de pâtes.

2^o Les malades, malgré nos injonctions, peuvent très bien ne pas porter la bande ; à plusieurs reprises, nous faisons des irrupsions inopinées chez eux pour nous en rendre compte. Par surcroît de précautions, nous vérifions si les bandes ne sont pas ou par trop usagées, ou détériorées pour une raison quelconque (action des pâtes, lavages maladroits à l'eau savonneuse, etc.). Nous nous assurons encore du mode de fixation de la bande et de son enroulement régulier. Mais nous sommes bien obligés de reconnaître que nos recommandations sont en tous points observées.

3^o L'inaction de nos malades peut aussi être mise

en cause. N'ayant pas de moyen de contrôle à notre disposition, nous les astreignons à marcher pendant un temps déterminé sous la surveillance d'une infirmière dans la cour du Dispensaire.

Malgré toute cette activité, nous devons, sans pouvoir en énoncer la cause, constater nos insuccès. L'état de choses ci-dessus signalé ne subit aucune modification et pourtant, les ulcères continuent de présenter un fond bourgeonnant et cruenté ; les bords sont bien affaissés.

C'est alors que nous tentons les scarifications. Les Nos 140, 151 et 156 seuls consentent à cette pratique. Mais là encore nos tentatives sont vaines. Aussi envisageons-nous avec amertume l'échec d'une thérapeutique sur laquelle nous avions cependant fondé tant d'espairs.

Néanmoins, nos malades continuent à nous faire confiance, ce dont nous nous réjouissons au demeurant. Nous pouvons donc poursuivre la recherche de la cause de cette succession de déboires et dirigeons nos investigations vers la spécificité et le diabète, mais sans plus de succès : les examens du sang restent négatifs et la glycémie est normale. Nous entreprenons encore la recherche de germes pathogènes et de mycoses sur le liquide s'écoulant des ulcérations et, à part quelques cocci banaux, l'examen est négatif.

Nous référant aux conseils de P. BOURGGRAFF, nous complétons nos observations par la prise de tension. Quel n'est pas notre étonnement en constatant des

chiffres tellement élevés que nous avions peine à y croire. Ce n'est qu'après des mesures réitérées à l'aide d'appareils différents que nous dûmes nous rendre à l'évidence.

Ce qui nous frappa surtout, c'est que nos sujets ne présentaient aucun signe subjectif d'hypertension. Il n'en reste pas moins que nous aurions eu grand tort de négliger ce facteur comme on en peut juger. Malgré tout, n'ignorant pas jusqu'à quel point le traitement de l'hypertension peut se montrer décevant, notre joie fut de courte durée ; néanmoins, puisqu'il nous restait cette nouvelle chance à tenter pourquoi nous y serions-nous refusés ? Nous soumîmes donc nos six malades au traitement classique de l'hypertension tel que l'a formulé VAQUEZ : repos au lit, purgation, régime sévère. Ne pouvant nous astreindre à aller refaire à domicile les pansements de chacun de nos variqueux, une de nos infirmières aussi dévouée que consciencieuse, fut désignée à cet effet. Nous les revîmes dans les huit jours de l'institution du dit traitement.

Chez quatre d'entre eux, les Nos 121-132-140 et 151, le régime seul avait déjà entraîné une baisse assez sensible de la tension. Quant à l'ulcère, il n'avait encore à ce moment, aucune tendance à se modifier. Mais huit jours plus tard environ, la tension s'étant encore abaissée, nous constatons la reprise de la cicatrisation. Par la suite, les chutes de la tension s'accroissent d'une façon appréciable, surtout chez notre malade N° 151 ; chez celui-ci, les maxima et minima

sont devenus normaux et dans la huitaine qui suit l'ulcère a déjà diminué de moitié.

Chez les autres ulcéreux, les observations indiquent des diminutions de tension. Elles sont moins appréciables sans doute, mais il est à noter qu'après un abaissement de 1 à 3 centimètres de mercure, on constate simultanément une reprise de la cicatrisation. Chez ces deux malades, les progressions sont alors plus rapides et l'ulcère ne tarde pas à se combler.

En réalité, dans la pratique courante, le praticien peut-il exiger de ses malades, l'observance d'un régime aussi draconien ? Bien peu, croyons-nous, s'y prêteraient, fut-ce même pour une période n'excédant pas 15 jours.

Pour en revenir à nos ulcéreux, les uns et les autres se prirent à espérer. Presque tous arguèrent d'une guérison qui paraissait s'annoncer prochaine pour nous demander de reprendre leurs occupations. Bien nous fallut adopter un moyen terme en présence de leur *desiderata*, au demeurant assez légitimes. Nous autorisâmes une alimentation composée de légumes avec latitude de la viande deux fois par semaine, à midi. En outre, nous leur recommandâmes la pratique hebdomadaire du jeûne limité à l'absorption de liquide et de fruits crus. Après une moyenne de 45 jours de ce régime, la tension était redevenue normale en même temps que les ulcères de nos quatre malades (124-132-140 et 151) s'étaient cicatrisés. Nous nous réjouîmes à chacun de ces résultats, pour nous concluants. Par la suite, malheureusement, il

nous fallut déchanter. Nos Nos 156 et 167 soumis au même régime n'en tiraient aucun bénéfice. Toutefois, nous eûmes de bonnes raisons d'émettre un doute sur la régularité avec laquelle ces deux derniers observaient leur régime. La tension ne se modifiait pas ; les ulcères conservaient à peu près les mêmes dimensions. Sur notre insistance réitérée, ils nous avouèrent enfin ne suivre leur régime que de loin en loin. Pouvions-nous au surplus, demander à ces malades qui avaient repris leurs occupations habituelles, de l'observer à la lettre ? En désespoir de cause, nous leur fîmes accepter un régime végétarien sensiblement plus copieux et par surcroît nous nous adressâmes à la médication dite hypotensive.

Nous ordonnons simultanément des vasodilatateurs, des anti-spasmodiques, etc. A ce traitement nouveau associé au régime, suivi cette fois par les intéressés qui reprennent espoir, la tension cède et s'affaisse ; parallèlement à cette chute, nous constatons, à quelques jours de là, une reprise de la cicatrisation.

Nous attachons à ces deux observations une importance d'autant plus grande qu'elles répondent aux prévisions que nous avaient laissées entrevoir nos quatre précédentes guérisons.

En terminant, nous relaterons, à titre purement documentaire, que dans nos quatre premiers cas traités, la guérison de l'ulcère a été obtenue dans un délai de 45 jours en moyenne, tandis que chez nos deux derniers malades, le traitement s'est prolongé

du double. Il est vrai que chez eux rentrait en ligne de compte la tension élevée, avec un caractère de persistance très accusée, conséquence vraisemblable de l'inobservance du régime pendant toute la durée initiale du traitement.

Après guérison, nous avons conseillé à ces six malades de se soumettre de temps en temps au régime qui leur avait si bien réussi.

Par ces observations, nous éprouvons la satisfaction d'être parvenus à établir qu'il existe, chez les hypertendus, des ulcérations en rapport direct avec une tension artérielle très élevée, tension qui complique fâcheusement la situation chez cette catégorie de malades.

Quel est le processus de cette coïncidence manifeste ?

La tension artérielle agirait-elle sur la tension veineuse seulement par augmentation ou bien interviendrait-il d'autres phénomènes ?

Serait-ce le simple forçage des valvules qui, devenues par la suite déficientes, occasionneraient ce retard de la cicatrisation ?

Ce mécanisme, au demeurant, doit être fort complexe. Cependant, il ne nous paraît pas impossible d'imaginer que tout le système circulatoire ait une influence, si minime fut-elle, sur le système veineux ; un trouble de l'un entraînant forcément un trouble de l'autre et ce cycle contribuant finalement à retarder la bonne marche de la cicatrisation des ulcères de jambe.

Aussi bien, serait-il question de lésions uniquement veineuses ou plus encore de lésions des capillaires.

Ce problème par trop vaste dépasse le cadre de notre travail. Nos connaissances, beaucoup trop modestes, ne nous permettraient pas de tenter de le résoudre.

Le fait saillant qui, selon nous, découle de l'analyse des six observations de notre tableau II, c'est qu'au fur et à mesure que diminue la tension, les ulcères se comblent, se rétrécissent et vers la fin surtout marchent à grands pas vers la cicatrisation.

Nous pouvons écrire, en manière de conclusion, que *l'amélioration tensionnelle, en la précédant, entraîne celle de la lésion ; qu'en outre, chez les hypertendus porteurs d'ulcères de jambes, l'hypertension est presque toujours l'origine du processus ulcératif et que la cicatrisation ne peut s'effectuer qu'autant que celui-ci diminue.*

MALADIES DU SANG ET ULCÈRES DE JAMBES

Existe-t-il une relation de cause à effet entre les maladies du sang et les ulcères de jambes ?

LOMBARD et NANTA, les premiers, en décembre 1928, dans leur communication à la Société de Chirurgie, relatent plusieurs cas de splénomégalias algériennes en rapport avec des ulcères jambiers. R. GRÉGOIRE et P. E. WEIL, au mois de janvier suivant, dans le compte-rendu d'une nouvelle communication à cette même Société citent eux-aussi quelques cas de splénomégalias européennes coexistantes avec des plaies des jambes. Ils ajoutent : « Sur 21 splénectomisés, nous trouvons parmi nos opérés deux porteurs d'ulcérations. Il faut bien admettre qu'il y a là autre chose qu'une coïncidence. »

EPPINGER, VOTRUBA, SEELIG et Kaethe JAFFE, rapportent plusieurs cas d'*ulcera cruris* accompagnés d'ictères hémolytiques.

L'étiologie et la pathogénie de ces relations ont suscité beaucoup d'intérêt. ADLER entre autres, exprime que la formation des varices est due à l'ictère hémolytique. GANSSLEN au contraire, les explique par une ulcération endothéliale engendrée par

la modification de la composition sanguine, ce qui entraînerait un amoindrissement sensible des échanges au niveau du derme, d'où terrain propice à l'évolution d'un ulcère. FISCHER de Prague, nous apprend qu'il a observé au cours d'une polycythémia rubra la formation d'une ulcération au niveau de la malléole. L'auteur estime que toute maladie du sang à allure grave provoque, par lésion périphérique ou centrale, l'apparition d'un processus ulcératif trophique.

Hugo DEUTCH, dans un article sur les maladies du sang et les *ulcera cruris* tente à nouveau une mise au point de la question. Dans le même ordre d'idées que FISCHER (que nous venons de citer) il rapporte l'observation d'une femme de 76 ans, porteur d'un ulcère à la face interne de la cheville, sans aucune tendance à la guérison. La malade, il est vrai, présentait une grosse splénomégalie qui menaçait son existence. Comme elle s'affaiblissait de jour en jour, DEUTCH la fit transporter à l'Hôpital où elle mourut peu de temps après.

Ces relations donnent plus de poids à ce que nous savions déjà à propos de l'influence des modifications du système vasculaire, aussi bien sur la formation de l'ulcère de jambe que sur sa cicatrisation. Personnellement, nous-mêmes avons observé un cas de splénomégalie avec érosion au niveau de la malléole interne, jambe gauche. Nous avons donné rendez-vous à la malade pour examens complémentaires.

Malheureusement, nos tentatives réitérées pour la faire revenir demeurèrent vaines.

Il eut été au plus haut point intéressant d'établir qui, de la modification de la formule sanguine ou de l'altération des organes hémopoïétiques, contribuait le plus à la formation des ulcérations des membres inférieurs. Nous regrettons qu'en dépit de nos recherches dans la littérature, nous n'ayons pas trouvé d'autres cas se rapportant à la coexistence des lésions spléniques ou hématologiques et les plaies des jambes. Cependant, ces exemples, nous semble-t-il, seraient plus fréquents que les observations précitées ne le laissent supposer.

Mais comment interpréter ces résultats ? Doit-on se contenter simplement avec GRÉGOIRE, d'exprimer : « Je ne crois pas cependant qu'on puisse aller plus loin dans la recherche des causes qui font coexister les ulcérations des jambes et la splénomégalie. » Faut-il au contraire, s'en référer aux tentatives d'explications de LOMBARD, NANTA, ÉPPINGER, DEUTCH, VOTRUBA, SEELIG, JAFFE, ADLER, GANSSEN, et FISCHER telles que nous venons de les exposer ?

Dans les *Annales de Dermatologie* et de *Syphiligraphie* de janvier 1932, nous relevons la reproduction d'un article de Fr. ESTAPE, paru en septembre 1931 dans les *Ecos españolas de Dermatologia y Sifilografía* sur « les ulcères des jambes et la splénectomie dans l'ictère hémolytique ». L'auteur s'élève contre la conception d'ÉPPINGER, ou, pour mieux

dire, à la relation de cause à effet. Il cite, à l'appui de cette théorie, le cas d'une malade de 27 ans, atteinte d'ictère hémolytique et présentant, depuis l'âge de 14 ans, des ulcérations des deux jambes ayant résisté à tous les traitements. On pratique la splénectomie : l'ictère hémolytique guérit parfaitement. Seules les lésions persistent.

Que faut-il retenir en fin de compte de ces interprétations, en elles-mêmes si différentes les unes des autres, voire même contradictoires ?

Peut-être la longue durée des ulcérations dans l'observation d'ESTAPE a-t-elle, comme il arrive si souvent, modifié la nutrition à leur niveau. Mais alors, comment expliquer que la splénectomie, qui fait merveille dans la guérison du syndrome hémolytique, n'ait pu donner de suite un résultat satisfaisant quant à la guérison de l'ulcère de jambe ?

Malgré tout et en dépit de l'indécision qui persiste encore sur ce point, l'importance des maladies du sang et principalement des ictères hémolytiques dans le syndrome ulcératif nous incitent à conseiller aux praticiens, toutes les fois qu'ils examineront un porteur d'ulcère de jambe (surtout s'ils ont affaire à un cas rebelle) de ne jamais négliger de s'enquérir du syndrome hématologique et des organes hématopoïétiques.

Si, faute de malade ayant présenté un syndrome hématologique et splénomégalique, nous n'avons malencontreusement pas pu apporter notre contribution, aussi minime fût-elle, à la solution du problème

toujours pendant, il nous reste l'espoir, pour un avenir que nous souhaitons aussi prochain que possible, de nous trouver en présence d'un ou de plusieurs de ces malades. Décidés à rester spécialisés dans le traitement des porteurs d'ulcères, nous espérons que l'occasion nous sera offerte de pouvoir formuler une opinion en répondant, par des faits saillants, au grand point d'interrogation que nous avons situé plus haut. Éventuellement, nous nous ferons un devoir de publier nos propres observations.

L'intérêt de ce chapitre se résumera donc pour nous à attirer l'attention sur l'opportunité des examens de la formule sanguine et de la résistance globulaire chez tous les ulcéreux. Au surplus, cette précaution, jugée excessive par certains, n'entraînera jamais aucun déboire.

AFFECTIONS RÉNALES ET ULCÈRES DE JAMBES

Les néphrites ne semblent pas avoir beaucoup retenu l'attention du monde médical dans l'étiologie possible des ulcères de jambes. On n'en cite guère d'observations. Favorisés par le hasard de la clinique, nous nous empressons de rapporter la seule qu'il nous ait été permis de consigner.

En janvier 1929, nous sommes appelés au chevet d'un jeune homme de 18 ans. Il présente tous les symptômes d'une néphrite aiguë. On nous a demandé en consultation uniquement pour une ulcération siégeant à la face interne du tiers inférieur de la jambe droite et mesurant 6 cm sur 5 et 3 mm. de profondeur. Les deux jambes sont très œdématisées. Le godet y reste marqué.

L'histoire de ce malade ne nous apprend rien. Opéré à 16 ans, il a fait dans sa prime jeunesse, des angines à répétition. Il exerce la profession d'apprenti miroitier, dans laquelle ni le mercure ni le plomb ne sont utilisés. Donc, pas d'intoxication possible.

À la périphérie de l'ulcère, il existe sur une hauteur de 8 à 10 cm. une dermite en manchette, très forte-

ment suintante. Coïncidence notoire, l'ulcération a débuté quelque temps après la déclaration de la maladie. Après examen, nous nous mettons d'accord avec le médecin de la famille pour instituer d'emblée notre traitement habituel. Nous écartons temporairement le port de la bande, puisque le malade est alité.

En très peu de temps, ce dernier constate l'atténuation de ses souffrances ; déjà il dort mieux. Son médecin lui prodigue ses soins avec succès ; la quantité d'albumine émise diminue fortement. L'amélioration des ulcérations suit pas à pas celle de l'altération rénale. La malade continue pendant un certain temps le régime sévère. La dermite, sous l'influence de l'alimentation entièrement déchlorurée et grâce à des poudrages très abondants de talc se tarit. Tout semble aller à merveille.

Le malade se croyant complètement guéri se permet des écarts de régime multiples et fréquents. L'état général évidemment s'en ressent aussitôt. L'albumine fait sa réapparition en quantité appréciable dans les urines, les œdèmes récidivent et, en très peu de temps, reprennent l'extension que nous leur avions connue lors de notre première visite. A ce moment, inquiet, le malade consent à suivre son régime à la lettre et se montre plus persévérant. De nouveau, les œdèmes régressent ; l'albumine diminue peu à peu ; on ne la retrouve bientôt plus qu'à l'état de traces qui, elles-mêmes, ne tardent pas à disparaître complètement.

Dès lors, les ulcères redeviennent le siège d'une activité sans égale. Les bourgeons prolifèrent abondamment. Les bords s'affaissent et rapidement, nous nous trouvons en présence d'une cicatrice souple, consistante et solide. Les œdèmes sont complètement résorbés ; la miction est redevenue normale, la dermite suintante s'assèche pour disparaître quelques jours après la guérison de l'ulcère. A ce moment, la jambe a repris son aspect normal.

La constance avec laquelle les syndromes locaux suivent les états pathologiques successifs chez ce néphritique, selon qu'il observe ou non le régime, laisse bien peu de place, d'après nous, au hasard. A juste titre, nous voyons là, plus que l'effet d'une simple coïncidence. Aussi cette concordance fit-elle impression sur nous. Cette observation d'une néphrite aiguë avec comme corollaire, l'apparition d'une ulcération au niveau des jambes est malheureusement l'unique que nous possédions. Des cas semblables ne nous paraissent pas devoir être fréquents. Par ailleurs, nous avons été assez heureux de pouvoir grouper un nombre appréciable d'observations d'ulcéreux néphritiques chroniques.

Parmi cette dernière catégorie de malades, une bonne partie a déjà présenté antérieurement une atteinte rénale que l'âge contribue à rendre encore beaucoup plus manifeste par la suite. Ces déficiences se révèlent par un cortège de signes subjectifs dont l'énumération serait par trop fastidieuse puisque familière à tous les Médecins.

Les personnes jeunes, voire même les enfants, ne sont pas à l'abri des ulcères de jambes ; nous nous empressons d'ajouter que chez eux ces lésions sont toujours d'origine ou post-phlébitique ou œdémateuse sinon des deux à la fois.

D'autre part, comme chacun de nous le sait, ces affections sont bien plus fréquentes à partir de la quarantaine. N'est-ce pas au surplus vers cet âge qu'apparaît la polysclérose qui affecte un grand nombre d'organes, en particulier le cœur et le rein, la sclérose de l'un retentissant sur celle de l'autre et inversement. C'est du moins ce qu'exprime VAQUEZ dans cet aphorisme : « Il n'est pas de cardio-
« pathe qui ne présente à certain moment des troubles
« plus ou moins profonds de la fonction des reins. »

Mais, du cœur ou du rein, quel a été le premier lésé ? Si l'on pouvait soumettre ces patients à des examens répétés au cours des années, peut-être serait-il possible de percevoir à certain moment lequel des deux organes serait le premier touché. En réalité nos malades viennent toujours nous voir alors que la déficience cardio-rénale est déjà manifeste.

Tout dernièrement, PR. MERKLÉN et E. ARON firent paraître dans *La Pratique Médicale Illustrée* une monographie très intéressante sur les cardio-rénaux. Tout est à retenir dans cet ouvrage, mais nous n'en citerons que les conclusions :

« La notion de cardio-rénal est avant tout affaire
« d'interprétation. Elle ne répond pas à une entité
« clinique et il ne conviendrait pas de lui chercher

« une autonomie. Elle est la résultante de réactions
« respectives et interdépendantes produites par des
« troubles de fonctionnement du cœur et des reins.
« La diversité de ces réactions implique qu'une telle
« notion ne puisse être univoque.

« Elle trouve son origine soit dans le cœur, soit
« dans les reins, soit dans l'aorte, l'élément hyper-
« tension tenant souvent en outre une place impor-
« tante.

« Chez les cardiaques, la stase rénale joue un rôle
« fondamental et connu depuis longtemps, on perçoit
« de plus aujourd'hui, que, modifiés par cette stase,
« les reins interviennent activement dans la genèse
« des accidents.

« Chez les rénaux, le déficit d'élimination est à la
« base des réactions cardiaques qu'une longue expé-
« rience a rendus classiques, mais dont la pathogénie
« est loin d'être élucidée ; l'hypertension y est le
« plus souvent prépondérante. Le cœur défaillant
« devient à son tour un obstacle à la dépuración ré-
« nale et le malade évolue dans un cercle où cœur et
« reins exercent l'un sur l'autre leurs fâcheuses in-
« fluences réciproques.

« Chez les aortiques, les déterminations rénales
« (mises à part celles par asthénie myocardine) sont
« aussi habituelles qu'ignorées dans leur essence.

« Tout cardio-rénal a son pronostic propre qui ne
« peut être porté que par l'examen de chacune des
« fonctions cardiaques vasculaires et rénales. »

De cette étude, il découlerait que le syndrome hy-

pertensif prédomine dans le syndrome cardio-rénal. Il ne faut toutefois pas oublier que, souvent aussi l'hypertension est fonction d'une déficience des reins.

Après avoir mis en relief les conséquences indéniables des altérations aiguës des reins sur le processus ulcératif, il y avait lieu pour nous de rechercher si les lésions rénales chroniques n'avaient pas, elles aussi, une influence sur l'évolution des ulcères de jambe et plus encore sur leur guérison. Nous allons nous efforcer d'établir ces faits par l'examen de nouvelles observations.

Les cardio-rénaux qui viennent nous voir ne présentent pas tous de gros signes de déficience cardiaque. Ils ne sont généralement pas encore dans la période asystolique et l'administration d'un cardiotonique mineur suffit pour atténuer et même faire disparaître chez eux les signes inhérents à cette déficience. Le plus souvent, ils sont à la première étape du syndrome qui nous intéresse ici. Nous avons donc choisi ceux d'entre eux qui étaient susceptibles d'offrir pour nous le maximum d'intérêt. Leur passé est tel qu'il nous permet de soupçonner qu'il ne s'agit chez tous que du syndrome cardio-rénal. Nous laisserons systématiquement de côté toute la partie historique qui les concerne, elle serait sans intérêt pour nos lecteurs. Comme précédemment, sans préjudice des dates auxquelles nous les avons traités, nous avons condensé leur fiches sous forme de tableaux, développant ensuite leurs cas respectifs suivant un plan d'ensemble commun.

Parmi les 45 malades qui figurent sur notre tableau I, nous en avons choisi 14 qui présentaient tous un syndrome cardio-rénal.

Nous avons résumé leurs observations en trois tableaux : les III, IV et V. Sept d'entre eux, pendant une durée de 6 semaines, avaient été traités exclusivement du point de vue local. Ils font l'objet de notre tableau III. Les sept autres, au contraire, avaient bénéficié d'emblée du traitement mixte, local et général. Leurs cas respectifs sont résumés dans notre tableau IV. Enfin dans un tableau V, nous reprenons ceux de nos malades cardio-rénaux qui n'ont pas guéri après les 6 semaines du traitement local auquel nous les avons soumis jusque là, leur enjoignant l'observance d'un traitement interne à partir de ce moment.

Nous avons divisé chacun de ces tableaux d'ensemble en deux parties distinctes. L'une A, comprenant les données qui se rattachent aux ulcères et aux mensurations des jambes ; l'autre B, résumant les différents renseignements fournis par nos essais de laboratoire. Tous ces malades sont porteurs d'ulcères ; ils ne présentent comme déficiences que celles dont nous avons enregistré les symptômes sur la partie B ; ils ont tous un caractère commun : leurs jambes sont plus ou moins œdématisées et variqueuses.

L'intérêt qui présidait à notre travail consistait à établir s'il existait aussi une relation entre les deux termes cardio-rénaux et ulcères. Ne pouvant l'af-

firmer d'emblée, c'est pour cette raison que nous décidâmes de soumettre la moitié de ces malades à un traitement local et l'autre moitié à un traitement mixte.

En A, nous avons d'abord noté l'aspect des ulcères ainsi que leurs dimensions ; ensuite, le volume des deux jambes.

En B, figurent les maxima et minima de la tension artérielle, puis quelques données opérées sur l'urine et le sang.

De quinzaine en quinzaine, nous avons consigné nos mensurations ainsi que les résultats de nos examens de laboratoire. Disons en terminant que pour chacun de nos deux groupes de malades, nous avons institué un traitement local identique, celui de P. BOURGGRAFF. Les pansements chez les uns et les autres ont été renouvelés à nos jours de consultations, c'est-à-dire chaque deux ou trois jours.

Suivent les indications qui se rapportent à ceux de nos 7 malades qui ne bénéficièrent que du traitement local. (*Tableau III.*)

Compulsons notre tableau et nous constaterons qu'au bout de 15 jours, en dehors des Nos 183 et 354 il n'existe guère de modifications. Les ulcères chez les 5 autres ont conservé sensiblement leurs dimensions initiales ; seul l'œdème a diminué légèrement chez tous. Après un mois de traitement, nos malades 184 et 354 accusent des progrès réels ; l'ulcération du No 129 est en régression ; le No 344 s'améliore, mais bien peu ; quant aux trois autres, leur état reste ri-

TABLEAU III

Numéro d'Observation	Âges
129	51
183	64
201	65
289	
344	
351	
354	

ULCÈRES															JAMBES (Dimensions)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Jambes atteintes	Nombre d'Ulcérat.	Aspect	Situation	Début du traitement			Suintement	Après 1 ^{re} quinzaine			Après 2 ^e quinzaine									Début du Traitement			Après 1 ^{re} quinzaine			Après 2 ^e quinzaine			Après 3 ^e quinzaine																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
				Dimensions				Dimensions			Dimensions									droite			gauche			droite			gauche			droite			gauche																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
				Longueur	Largeur	Profondeur		Longueur	Largeur	Profondeur	Longueur	Largeur	Profondeur							T. I.	T. M.	T. S.	T. I.	T. M.	T. S.	T. I.	T. M.	T. S.	T. I.	T. M.	T. S.	T. I.	T. M.	T. S.	T. I.	T. M.	T. S.	T. I.	T. M.	T. S.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
droite	1	sanieux	face externe	3,2	2,8	4		2,8	2	3		1	1,1	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														</

T. A.				URINES												SANG				
Début de traitement	Après 1 ^{re} quinzaine	Après 2 ^e quinzaine	Après 3 ^e quinzaine	Début de Trait.				Après 1 ^{re} quinzaine			Après 2 ^e quinzaine			Après 3 ^e quinz.			Début de traitement	Après 1 ^{re} quinzaine	Après 2 ^e quinzaine	Après 3 ^e quinzaine
				Volume	Albumine	Sucre	Nicturine													
17-8	sans changement			984	+	0	2	sans changement			sans changement						0,85	sans chang.		
17-8				965	+	0	3	»									0,88	»		
19-9				1.024	+	0	1	»									0,88	»		
17-8				982	+	0	1	»									0,75	»		
18-9				1.025	+	0	0	»									0,55	»		
19-10				1.200	+	0	1	»									0,50	»		
18-9				1.000	+	0	2	»									0,53	»		

goureusement stationnaire. Au cours de la troisième quinzaine, les Nos 183 et 354 sont guéris. Notre No 129 continue de s'améliorer, sa guérison nous paraît proche. Par contre, chez notre No 344, les progrès s'avèrent toujours aussi lents, c'est à peine si l'ulcère a diminué de 1 cm. Quoique nous entreprenions, du point de vue local, nous paraissions nous acheminer vers un échec avec les trois autres ; en tous cas, les choses semblent vouloir traîner en longueur. C'est d'ailleurs pourquoi par la suite, nous soumettrons ces malades au traitement général. Nous ferons remarquer toutefois que, dès les applications du troisième ou quatrième pansement, ces sept malades cessent de souffrir.

Parmi quelques incidents de traitement, nous insisterons sur l'apparition, à la surface des ulcères de nos Nos 201, 289 et 351 de l'insidieuse membrane jaunâtre. Chez ces malades, les ulcères se sont assez rapidement détergés et malgré tout, les bourgeons charnus leur donnent une belle teinte cruorique. Or parcourons leurs situations respectives dans la partie B de notre tableau. Tout d'abord, ils sont hypertendus. Chez quelques-uns, on note une certaine azotémie, de l'albumine dans les urines et de la nicturie. Le syndrome cardio-rénal est donc évident chez ces ulcéreux. Il reste au surplus invariable pendant toute cette période.

Au résumé, parmi nos sept malades traités localement, deux seulement sont guéris ; un troisième

est bien près de l'être et deux autres sont légèrement améliorés.

Nous allons maintenant passer en revue, les résultats de notre thérapeutique mixte sur nos 7 autres patients. (*Tableau IV.*)

Dans les premiers 15 jours, nous assistons à une régression de l'œdème chez tous nos malades sans exception. Après un mois, deux d'entre eux sont guéris ; leurs jambes sont redevenues normales. Pour les autres, il nous a fallu poursuivre le traitement pendant une période variant d'un mois à un mois et demi environ. Si l'on examine en A les dimensions successives des ulcères, on est frappé de la rapidité des progrès réalisés. La partie B de notre tableau n'est pas moins édifiante. Le fléchissement de la tension artérielle est progressif et correspond quelque peu aux régressions que nous observons parallèlement en A. La diurèse augmente sensiblement chez tous nos malades ; l'albumine n'existe plus que sous forme de traces impondérables ; la nicturie est en baisse partout (aucun de nos sujets n'était glucosurique). Enfin les proportions d'urée sanguine ont diminué un tant soit peu.

Ici les résultats sont tangibles. Tous nos ulcéreux sont guéris (deux le sont après un mois, 5 autres au cours de la 3^e quinzaine) et nous les avons tous améliorés du point de vue général.

Voyons maintenant ce que vont devenir, dès l'institution du traitement mixte (*tableau V*) nos 5 malades

TABLEAU IV

Numéro d'Observation	Âges
62	74
84	56
92	62
103	46
109	55
122	65
126	32

ULCÈRES																JAMBES (Dimensions)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Jambes atteintes	Nombre	Aspect	Situation	Début de traitement				Après 1 ^{re} quinzaine				Après 2 ^e quinzaine				Après 3 ^e quinzaine				Début de Traitement						Après 1 ^{re} quinzaine						Après 2 ^e quinzaine						Après 3 ^e quinzaine																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
				Dimensions			Suintement	Dimensions			Suintement	Dimensions			Suintement	Dimensions			Suintement	droite			gauche			droite			gauche			droite			gauche			droite			gauche																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
				Longueur	Largeur	Profondeur		Longueur	Largeur	Profondeur		Longueur	Largeur	Profondeur		Longueur	Largeur	Profondeur		T. Inf.	T. M.	T. S.	T. I.	T. M.	T. S.	T. I.	T. M.	T. S.	T. I.	T. M.	T. S.	T. I.	T. M.	T. S.	T. I.	T. M.	T. S.	T. I.	T. M.	T. S.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
				cm.	cm.	mm.		cm.	cm.	mm.		cm.	cm.	mm.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					

T. A.				URINES																SANG			
Début de Trait.	Après 1 ^{re} quinzaine	Après 2 ^e quinzaine	Après 3 ^e quinzaine	Déb. de trait.				Après 1 ^{re} quinzaine				Après 2 ^e quinzaine				Après 3 ^e quinzaine.				Début de traitement	Après 1 ^{re} quinzaine	Après 2 ^e quinzaine	Après 3 ^e quinzaine
				Vol.	Album.	Sucre	Nict.	Vol.	Alb.	Sucre	Nict.	Vol.	Alb.	Sucre	Nict.	Vol.	Alb.	Sucre	Nict.				
				cc				cc				cc				cc				Urée	Urée	Urée	Urée
20,12	18,10	17,10	16,9	995	+	0	2	1.200	trace	0	2	1.210	trace	0	2	1.220	trace légère	0	1	0,61	0,55	0,54	0,53
21,11	20,11	19,10	19,10	1.015	+	0	1	1.210	trace	0	1	1.220	trace	0	1	1.230	trace légère	0	0	0,62	0,60	0,59	0,56
18,9	17,8	16,7	16,7	900	+	0	1	1.100	trace	0	1	1.150	trace	0	1	1.150	trace légère	0	0	0,70	0,68	0,65	0,62
17,9	16,9	15,8	15,8	1.100	+	0	1	1.250	trace	0	1	1.260	rtace	0	1	1.260	trace légère	0	0	0,69	0,65	0,63	0,62
20,10	18,9	17,8	17,8	1.000	+	0	2	1.300	trace	0	2	1.305	trace	0	2	1.305	trace légère	0	1	0,83	0,80	0,78	0,76
23,10	22,10	21,10	20,10	1.005	+	0	3	1.225	trace	0	2	1.225	trace	0	2	1.235	trace légère	0	1	0,77	0,72	0,70	0,69
16½ 8	16,8	15½ 7½	15½ 7½	1.002	+	0	2	1.300	trace	0	2	1.350	trace	0	2	1.350	trace légère	0	1	0,69	0,60	0,58	0,56

TABLEAU V

Numéro d'Observation		
129		
201		
289		
344		
351		

ULCÈRES										JAMBES (Dimensions)																										
				Début de traitement	Après 1 ^{re} quinzaine			Après 2 ^e quinzaine			Après 3 ^e quinzaine			Début de traitement			Après 1 ^{re} quinzaine			Après 2 ^e quinzaine			Après 3 ^e quinzaine													
				Dimensions			Dimensions			Dimensions			Dimensions			Droite			Gauche			Droite			Gauche			Droite			Gauche					
				Longueur	Largeur	Profondeur	Longueur	Largeur	Profondeur	Longueur	Largeur	Profondeur	Longueur	Largeur	Profondeur	T. L.	T. M.	T. S.	T. L.	T. M.	T. S.	T. L.	T. M.	T. S.	T. L.	T. M.	T. S.	T. L.	T. M.	T. S.	T. L.	T. M.	T. S.			
cm.	cm	mm.																																		
				0	0	0																														
				3	3.5	2	1	1.1	1	0	0	0																								
				3	2.8	2	1.3	1	1	0	0	0																								
				2	2	1	0	0	0																											
				4	3	3	3	1.2	2	1	0.8	1	000																							
				31	37	36	30	38	36																											
				32	38	35	32	38	35	30	38	35	30	38	35	31	38	35	29½	38	35	30	38	35												
				29	37	33	30	36	33	28	37	33	29	36	34	29,5	37	34																		
				29	36	34	30	37	34	29	36	34	29	36	34	29,5	37	34																		
				30	38	36	32	37	33	30	38	33	31	37	33	29	38	36	30	37	33	29	38	36	30	37	33	29	38	36	30	37	33	29	38	36

T. A.				URINES												SANG									
Début de Traitement	fin 1 ^{re} quinzaine	fin 2 ^e quinzaine	fin 3 ^e quinzaine	Début de Traitement				Après 1 ^{re} quinzaine				Après 2 ^e quinzaine				Après 3 ^e quinzaine				Début de traitement	fin 1 ^{re} quinzaine	fin 2 ^e quinzaine	fin 3 ^e quinzaine		
				Vol.	Alb.	Sucres	Nict.	Vol.	Alb.	Sucres	Nict.													URÉE	URÉE
16,7				1.200	trace	0	1													0,75					
18,9	17,8	17,8		1.100	trace	0	2	1.200	trace	0	2									0,80	0,75				
16,8	15,7½	14,7		1.222		0	1	1.250	»	0	1									0,70	0,63				
15,7	14,6			1.250		0	0	1.300	»	0	0									0,50	0,45				
17,8	16,8	15½,7	15½,7	1.200		0	1	1.225	»	0	1	1.250	trace	0	1	1.300	0	0	1	0,45	0,43	0,40	0,40		

du tableau III, traités sans succès pendant six semaines par le traitement local seul.

Le N^o 129, selon nos prévisions, guérit avant la fin de la première quinzaine. Dès la seconde semaine, chez notre N^o 344 l'amélioration se précipite ; sa guérison est obtenue au cours de la seconde quinzaine.

Nous avons encore à examiner les progrès réalisés chez nos N^{os} 201-289 et 351, vis-à-vis desquels notre traitement local s'est avéré presque inopérant. Chez ces derniers, la diurèse augmente sensiblement dans les premiers jours. Les œdèmes régressent petit à petit ; la membrane qui se reformait entre chaque pansement devient de moins en moins adhérente ; sa disparition s'échelonne pour les uns et les autres entre 15 et 20 jours. Dès lors, le fond de l'ulcération prend un bel aspect cruorique ; les bourgeons charnus apparaissent peu à peu et, à partir de ce moment, nous assistons à la progression de la cicatrisation. Les N^{os} 201 et 289 guérissent presque dans le même laps de temps, c'est-à-dire environ un mois et demi après l'application du traitement mixte. La cicatrisation de notre N^o 351 tarde un peu ; elle n'est définitive qu'au cours de la quatrième quinzaine.

Considérant maintenant les chiffres de la partie B de notre tableau V, nous observons que la tension s'affaisse pour tous ; le N^o 344 s'est trouvé tout particulièrement bien de cette thérapeutique, sa tension étant passée de 18 à 15 après huit jours seulement de ce traitement. Or, ce malade guérit plus rapidement que les autres si l'on veut bien se rappeler que l'ul-

cère du N° 129 était déjà presque comblé au moment de l'institution de la thérapeutique adjuvante.

Si nous examinons les urines, nous voyons que la diurèse s'est beaucoup élevée chez tous ces malades. Elle va parfois de 300 à 400 cm³ par jour. L'albumine a diminué partout et pour en terminer, l'urée sanguine a suivi la même progression descendante.

Nous sommes loin des deux guérisons après un mois et des cinq autres après un mois et demi de notre tableau IV. En réalité, nos patients du tableau III ne comportent que deux succès relativement assez rapides et sans le secours du traitement interne. Pour les cinq autres, les cicatrisations sont seulement réalisées au bout de trois mois et trois mois et demi, et ce, grâce à l'adjonction, à mi-traitement, d'une thérapeutique interne adéquate.

En fin de compte, sur nos 14 cardio-rénaux, deux seulement sont guéris en l'absence de toute médication interne ; cinq autres se sont montrés rebelles aux applications locales, qui ont été traités par la suite avec succès après qu'on leur adjoignit des toni-diurétiques. Bénéficiant de ce même régime mixte dès le début, les ulcères de sept autres se sont comblés rapidement.

En manière de conclusion, nous ferons remarquer que *la cicatrisation chez tous nos malades a été invariablement précédée de chutes de tension et que ce n'est qu'à partir du moment où le syndrome cardio-rénal et, partant, l'état général s'est amélioré que nos*

ulcérations ont commencé à régresser. Après guérison, le volume des jambes est redevenu normal.

Sur nos conseils, les intéressés, ravis, viennent de temps à autre nous revoir pour que nous prenions leur tension. Nous constatons à chaque visite que leur myocarde est en bon état. Nous les soumettons éventuellement à la médication interne à laquelle nous devons les succès que nous venons d'exposer, médication que nous allons décrire à présent.

La thérapeutique que nous avons adoptée à l'intention des cardio-rénaux, pourra paraître un tant soit peu compliquée aussi bien par la diversité des substances que nous avons accoutumé de prescrire que par la nouveauté d'utilisation de certaines d'entre elles. Nous nous expliquerons au cours du développement de cette partie sur la teneur exacte de ce préambule. Au demeurant, la médication à laquelle nous avons fait allusion au cours de notre exposé des affections cardiaques, n'a rien en elle-même de spécial.

Comme nous le disions déjà précédemment, nous avons traité les asystoliques par les toni-cardiaques héroïques habituels : digitaline, strophantus gratus ou plus exactement leurs glucosides. Le myocarde, s'il est encore capable de réagir, répond à la socillitation médicamenteuse ; rapidement, les symptômes de l'asystolie disparaissent et, à ce moment, le malade bien compensé tire de notre traitement local tout le bénéfice qu'on en peut attendre.

Les cardio-rénaux qui se sont présentés à notre consultation, n'ont généralement pas un myocarde

très altéré. Ils ne présentent pas de gros signes de défaillance cardiaque ; tout au plus quelques râles de congestion, une diurèse légèrement diminuée et de la dyspnée d'effort. Il ne nous a pas semblé que devant des symptômes aussi peu accentués, il faille employer la médication héroïque.

La théobromine, à des doses fractionnées, nous a paru convenir tout particulièrement à cette catégorie de malades et nous n'avons plus à vanter, ni à décrire les effets de ce médicament après HUCHARD, FIESSINGER et VAQUEZ qui ont relaté par le menu son activité. Il n'y a pas de médecin qui ne connaisse son maniement. Ses propriétés diurétiques et cardio-toniques mineures le placent au premier plan dans les affections cardio-rénales.

Indépendamment de cette drogue, nous nous sommes adressés à quelques simples ou plus exactement à leurs extraits alcooliques.

Sous l'instigation de LECLERC et BREL, cette thérapeutique a reconquis une place importante chez les allopathes. La phytothérapie a mis en valeur nombre de nos mets les plus savoureux.

Les études sur les artichauts (*Cynara Scolymus*) en particulier, ont retenu toute notre attention. BREL, dans un petit livre nous conte avec une verve aimable l'histoire de ce légume. De tous temps, nous dit-il, il figure sur les tables des gourmets. RONSARD, dans ses odes lui dédie quelques vers. DEIGNE vante ses effets en un style truculent, propre à ce siècle. Pour de LA FRAMBOISIÈRE, médecin de Louis XIII « les

artichauts échauffent le sang et incitent aux combats amoureux ». La reine Catherine de MÉDICIS les adorait. Un chroniqueur de l'époque, ESTRILLE, rapporte que la reine Mère se trouvant au repas de M^{lle} d'ARTIGUES, mangea tant de fonds « qu'elle cuida crever » dit-il trivialement.

Les médecins s'emparèrent du *Cynara Scolymus* qu'ils employèrent comme remède dans diverses affections. MIZAULD en 1578 et BAUDERON en 1672, signalèrent les effets diurétiques et apéritifs de ses feuilles et de ses racines. En Allemagne, les fleurs et les racines d'artichauts, du cardon même, sont très employées contre l'hydropisie, le scorbut, les névralgies et les fièvres intermittentes.

CAZENAVE, TROUSSEAU, PIDOUX, CAPEMAS, COPEMAN, FOURNIER, VAIDY et MONTAIN rapportèrent les effets heureux obtenus par l'absorption de décotions de racines de cette plante, dans les fièvres intermittentes et autres affections. En 1899, WILLIAM LANE, médecin américain, signale les propriétés diurétiques et toniques des macérations alcooliques des feuilles, dans la goutte et l'ascite. Dans la période moderne, LECLERC et BREL entreprennent systématiquement l'étude des propriétés du *Cynara Scolymus*. De leurs études, il appert que les extraits de feuilles sont cholagogues et diurétiques. L'observation 5 de BREL nous conte l'histoire d'un malade dont les urines passèrent de 1.400 à 2.000 centimètres cubes. Cette dernière nous incita à essayer sur nos cardio-rénaux ou même sur nos rénaux, l'action des

extraits alcooliques d'artichauts. Les résultats furent très heureux. Nous n'avons cependant pas enregistré d'augmentation de diurèse aussi importante que celle relevée dans l'observation princeps de BREL. Généralement celle-ci augmentait de 100 à 200 grammes.

Indépendamment de ces avantages, nous devons par la suite reconnaître les heureux effets du complexe Théobromine-Cynara. Grâce à cette association, plusieurs de nos malades, intolérants à la théobromine, la supportèrent très bien. Les bourdonnements d'oreilles, certaines douleurs stomacales disparaissent complètement. Or, nous savons que les extraits de Cynara sont particulièrement efficaces sur la cellule hépatique. Cette particularité ne serait-elle pas liée à l'action de l'artichaut sur l'éponge hépatique ? Depuis lors en tous cas, nous avons accoutumé de donner le Cynara toutes les fois que nous prescrivons de la théobromine et nos malades s'en sont toujours bien trouvés.

En 1929, sur les conseils d'une personne avisée, très versée dans la connaissance des pharmacopées étrangères, notre attention fut attirée sur une plante exotique originaire du Vénézuéla, le *Cecropia Peltata*. A l'appui de ces dires, nous trouvâmes deux communications se rapportant à cette simple ; ce sont celles de GILBERT et CARNOT à la Société de Biologie et l'article d'ALBONI. Ces auteurs attribuent au *Cecropia* les propriétés thérapeutiques des cardio-toniques diurétiques, ce qui ne pouvait nous laisser indifférents.

Sur le cœur de la grenouille, les doses moyennes,

si on enregistre les battements par le cardiogramme, indiquent une augmentation des contractions ; mais à dose très élevée, le cœur se ralentit progressivement, puis surviennent à plusieurs reprises des syncope de durée assez longue allant d'un quart d'heure à trois quarts d'heure, quelques fois même davantage sans que le cœur pour cela ne meure. GILBERT et CARNOT poursuivant leurs études ont expérimenté les effets de cette drogue sous la forme d'un extrait alcoolique composé de deux parties de feuilles fraîches pour une partie d'alcool.

Sur le chien et le lapin, à la dose de 0 cc. 03 par kilogramme d'animal, les contractions cardiaques du chien sont notablement augmentées, la hauteur passe de 2 à 3 millimètres. A la dose de 0 cc. 10 par kilo, les systoles atteignent la hauteur de 5 millimètres. Aux doses plus élevées, c'est-à-dire sub-toxiques, les pulsations prennent de plus en plus d'amplitude. Après trois injections intrapéritonéales de 1 centimètre cube, elles s'élèvent successivement à 7 puis à 9 millimètres. Enfin elles parviennent à 13 et 14 millimètres à la suite de quatre injections intra-veineuses de 1/4 centimètre cube d'extrait. Elles se maintiennent à cette hauteur élevée pendant plus d'un quart d'heure ; puis elles s'abaissent progressivement, passant par 11, 10 et 7 millimètres en fin d'expérience.

L'extrait de *Cecropia* est donc un cardio-tonique puissant puisqu'il arrive à tripler l'énergie des contractions cardiaques. A la dose moyenne, la pression

et le rythme ne sont que peu influencés, mais à la dose toxique, il y aurait une baisse énorme de la pression pouvant aller de 18,2 à 13,5 ou de 19,4 à 14,2. Parallèlement, le nombre des pulsations diminue, tombant par exemple de 140 à 70. En résumé le *Cecropia* contient des principes actifs qui renforcent d'une façon importante l'amplitude des contractions du myocarde. Les doses modérées ont sur lui des effets heureux et le soutiennent pendant un laps de temps assez long, toutes qualités que doit présenter une drogue pour être employée en thérapeutique.

L'action sur l'exutoire rénal ne mérite pas moins une étude. Un lapin qui urine normalement 113 centimètres cubes en 24 heures, élimine une quantité presque double après injection de 1 centimètre cube d'extrait alcoolique de *Cecropia* ; une nouvelle piquûre fait passer la diurèse à 310 centimètres cubes ; celle-ci a donc triplé. Sur un deuxième lapin dont la diurèse est de 80 centimètres cubes par jour, un demi-centimètre cube d'extrait, en injection péritonéale, fit monter le taux à 140 centimètres cubes. Si l'on renouvelle cette opération, le volume atteint 300 centimètres cubes. La quantité d'urine a donc quadruplé et les propriétés diurétiques de cette préparation pourraient fort bien permettre de la ranger aux côtés de la théobromine, comme diurétique des plus puissants.

GILBERT et CARNOT ont appliqué à des cardiopathes ou mieux à des asystoliques, l'extrait alcoolique de *Cecropia Peltata* : chez un premier malade,

30 gouttes d'extrait alcoolique administrées pendant quatre jours, provoquent une augmentation de la diurèse qui passe successivement de 2.500 centimètres cubes à 3.000 et enfin 3.500 ; un autre malade qui présentait une insuffisance mitrale, n'urinait plus que 500 centimètres cubes par jour à l'entrée dans le service. Sous l'influence de la prise de 30 gouttes d'extrait pendant cinq jours, les quantités émises s'élèvent de 700 centimètres cubes à 2.500 centimètres cubes puis 3.100 pour décroître ensuite progressivement. Cependant, elles restent par la suite aux environs de 1.200 c. c. Parallèlement, les symptômes asystoliques s'améliorent. Le malade respire mieux, les pulsations se régularisent et il demande à sortir pour reprendre son travail alors même que huit jours auparavant, il était complètement asystolique. La dyspnée était telle que l'examen et l'interrogatoire étaient rendus pénibles.

Le *Cecropia Peltata* possède donc des propriétés thérapeutiques de tout premier ordre, propriétés qu'il doit à deux substances azotées cristallisables et douées de pouvoirs énergiques de réduction qu'ALBONI isole et dénomma « cécropine et cécropidine ». Il élève la diurèse chez l'animal sain, dans des proportions de 1 à 4 ; les contractions du myocarde sont augmentées parallèlement de 1 à 3.

Nous avons tout d'abord procédé à des expérimentations sur deux de nos malades. A l'un, nous avons donné de la théobromine ; à l'autre du cecropia. Si nous comparons les résultats obtenus sur chacun

d'eux, nous remarquons que *Cecropia* et théobromine ont des propriétés diurétiques à peu près équivalentes. Plus tard, nous avons eu l'idée de donner simultanément ces deux produits et avons observé que la diurèse et l'amplitude des pulsations cardiaques étaient notablement renforcées. Ici, nous n'assistons plus seulement à l'action cumulée des deux médicaments mais à une diurèse de beaucoup supérieure au total des volumes respectifs précédemment relevés. En somme, une parité de *Cecropia* plus une parité de théobromine prescrites en même temps ne se traduiraient pas par deux parités, mais par ce même coefficient auquel s'ajouterait un facteur pondérable.

Il existerait donc une véritable symbiose entre ces deux produits. D'ailleurs il suffira de s'en rapporter à nos tableaux pour constater le pouvoir élevé de l'action cardio-diurétique du mélange : Théobromine, *Cecropia* et *Cynara*.

En terminant cet exposé sur le *Cecropia*, qu'il nous soit permis d'énoncer combien il nous paraît regrettable que les préparations à base de cette plante exotique n'aient pas retenu jusqu'ici l'attention des cardiologues. Maintenant, il est fort possible que le fait soit imputable aux difficultés auxquelles on se heurte pour se la procurer chez nous.

Pendant de longs mois, nous utilisâmes de pair ces trois produits à notre entière satisfaction. Nous considérons déjà que cet ensemble se complétait pour le plus grand bien de nos malades cardio-rénaux,

lorsque notre attention fut de nouveau attirée par quelques articles se référant à l'action d'une plante exotique sur les dilatations veineuses : le Teskra, *Echinops spinosus*, originaire de l'Afrique du Nord, le M'abta-es-sebia des Arabes, très employé par les indigènes comme traitement des hémorroïdes.

La thèse de G. RODILLON, en nous révélant les propriétés de ce médicament, nous incita à tenter l'épreuve. Son étude, pharmacologique et chimique tout à la fois, nous parut offrir un très gros intérêt. On en jugera par les résultats qu'il consigne dans l'une de ses observations : « Une malade atteinte d'hémorroïdes volumineuses et douloureuses est affligée en outre de varices avec gros œdème. Après l'administration d'une macération hydro-alcoolique à 1/5 de Teskra, à la dose de 30 gouttes trois fois par jour, la patiente voit l'ensemble de ces symptômes disparaître. A quelques temps de là, elle put remettre des bottines fines qu'elle avait dû quitter depuis longtemps ».

D'après l'auteur, cette drogue agirait sur les fibres lisses des veines. Cette observation, par son originalité, nous suggéra le bénéfice qu'éventuellement nous pourrions réaliser en l'employant sur des variqueux. Nos espoirs ne furent pas déçus car peu de temps après, à peine quelques mois, les résultats nous confirmaient l'opportunité de notre initiative.

Parmi nos malades, nos cardio-rénaux étaient plus spécialement désignés pour nos essais puisque présentant tous des varices volumineuses. Nous les

soumîmes donc à cette thérapeutique, sous la forme que nous indiquions à l'instant, c'est-à-dire à la dose de 30 gouttes trois fois par jour, tout en leur continuant l'administration de notre association cardio-diurétique. Les varices, nous semble-t-il, diminuèrent de volume chez nos sujets ; mais c'est surtout par sa continuation après la guérison de l'ulcère que cette médication s'avéra des plus actives.

ENDOCRINOLOGIE

Généralités

« L'endocrinologie, écrivait CUSHING en 1921, est une mer brumeuse où il est d'autant plus facile de se perdre que la plupart d'entre nous ont peu de connaissances de la navigation et ne possèdent qu'une vague idée de leur destination ». Guy LAROCHE ajoute : « Il peut paraître prématuré d'essayer de dresser une carte de cette mer peu connue dont les rivages se modifient actuellement si vite, selon les découvertes, les réfutations et les discussions des physiologistes et des médecins. Et cependant ceux-là même qui font à l'endocrinologie les plus âpres critiques ne peuvent se détacher de son étude, qui leur procure les plus belles émotions et les plus passionnantes découvertes ».

« Comment se désintéresser d'elle ? Comment ne pas s'enthousiasmer pour l'étude de glandes qui président à notre évolution, qui règlent le passage de l'enfance à la puberté, de la puberté à l'âge adulte, de l'âge adulte à la sénescence et à la mort ? Comment ne pas admirer avec CANMON que des produits glandulaires puissent modifier si profondément des êtres ;

qu'ils agissent sur leur taille, leur sexe, qu'ils fassent d'un individu un géant ou un nain, un mâle ou un impuissant ? Comment ne pas s'intéresser à des agents qui règlent notre nutrition, notre métabolisme chimique, et probablement nos émotions et nos sensations, notre vie psychique et intellectuelle ? » La connaissance de leur mode d'action est souvent bien rudimentaire, mais le plan général est dessiné, si les détails sont flous. N'est-ce pas à l'endocrinologie que nous devons nos plus belles émotions de thérapeute ; tirer un diabétique du coma, grâce à l'insuline. Agir si fortement sur le métabolisme du myxœdémateux qu'on en fait un sujet normal. Enfin, les derniers travaux sur la cortico-surrénale, ne nous ont-ils pas fait entrevoir la possibilité de lutter efficacement contre la maladie d'ADDISON dont le diagnostic, jusqu'ici était un arrêt de mort.

Ce qui contribue à rendre l'endocrinologie aussi aride aux praticiens ce sont les difficultés d'interprétation dans son étude même, en raison de la pluralité des résultats enregistrés par la quantité appréciable de tests effectués.

« On peut ajouter à cela que la mode et la réclame ont mis, entre les mains des praticiens un nombre considérable de spécialités lancées par des maisons de produits biologiques sous forme de complexes qui ressemblent à des mixtures moyennageuses qu'on administre au hasard en espérant que la nature saura en faire son profit. Ces excès ont valu à l'endocrinologie et plus particulièrement à l'endocrinologie française,

d'âpres critiques, souvent injustes, surtout de la part de certains médecins américains ».

A part quelques syndromes individualisés, nous connaissons mal les actions et réactions des produits opothérapiques sur un même organisme. Il en résulte que nous ne pouvons faire que des expériences cliniques assez imprécises. Mais « savoir qu'on ne sait pas » n'est-ce pas déjà de la science ? En tous cas, nul ne peut contester que les glandes endocrines règlent par le menu le métabolisme de tous les organes.

A priori et pour aborder d'emblée le sujet qui nous intéresse, est-il tellement téméraire d'insinuer qu'en certaines circonstances, de vastes ulcères comme ceux des jambes soient en relation directe avec une altération glandulaire ? Ne savons-nous pas que bien des manifestations glandulaires se traduisent au niveau du derme par un changement dans son aspect ? Quelques auteurs, SPILLMANN entre autres, montrent les relations entre l'eczéma et certaines lésions endocrinologiques. D'autres, L. LÉVY et FIELDERMANN vantent la thérapeutique de certaines dermatoses par les glandes.

Dans ce domaine, il reste cependant bien des points obscurs. Il serait peut-être téméraire aujourd'hui encore de vouloir tenter une mise au point de cette question, surtout si l'on considère qu'au nombre des produits opothérapiques mis à la disposition des médecins, la majeure partie est par trop grossièrement préparée. Il est évident qu'aucun d'eux ne peut

correspondre à la composition réelle des substances hémocrines mises en œuvre.

Toutefois, parmi ceux qu'on rencontre dans le commerce, il en est une certaine proportion qui s'en écartent outre mesure. Nous devons à la vérité d'ajouter que les produits secrétés sont tellement fragiles que les manipulations délicates auxquelles ils sont soumis modifient par trop aisément leur composition chimique, déterminant ainsi les altérations complètes de la substance initiale. Nous n'en voulons pour preuve que l'histoire de l'insuline qui confirme avec brio cette remarque.

On a cependant réalisé, au cours de ces dernières années surtout, des progrès très appréciables dans l'obtention des extraits d'organes. La technique d'extraction à basse température et dans le vide en est un exemple.

Nous fondons l'espoir que grâce aux progrès toujours croissants de la chimie biologique, il sera permis un jour prochain d'élaborer une méthode d'isolement, à l'état de pureté, des substances actives des glandes. Ce jour là seulement, la médecine sera enrichie d'un arsenal opothérapique sur la fidélité duquel elle pourra se reposer.

ULCÉRATIONS ET PARATHYROÏDES

Les découvertes de RECKLINGHAUSEN et PAGET sur les ostéoses parathyroïdiennes, aussi bien que les premières interventions sur le corps thyroïde, prouvèrent suffisamment au monde médical le rôle prépondérant des parathyroïdes dans l'organisme. Il était capital pour nous de rechercher si une déficience de ces glandes ne pourrait amener un trouble de la nutrition des téguments et en particulier, pour le développement de notre sujet, des téguments au niveau des jambes.

L. MORELLE après avoir opéré une chienne de parathyréoectomie voit apparaître au niveau des zigomas, deux plaies symétriques peu profondes, d'un diamètre sensiblement égal à celui d'une pièce de un franc, à bords déchiquetés, sanieuses et d'odeur fétide.

GLEYS, en 1892, sur les pattes d'une chienne à laquelle il a enlevé les parathyroïdes, observe, lui aussi, l'apparition d'ulcérations dont la torpidité, la fétidité et l'abondance de la sécrétion sont manifestes.

Si l'on rapproche les expériences de ces deux auteurs, on est frappé par la concordance des résultats qu'ils obtiennent. On ne l'est pas moins, si, ayant condensé l'ensemble des données qu'ils décrivent, on les compare ensuite avec celles qui caractérisent les ulcères de jambes, si frappante en est la similitude.

Plus tard, GLEY renouvelant ses expériences, provoqua l'évolution de ces mêmes ulcérations ; il observa en outre de nombreuses ecchymoses de la muqueuse pyloroduodénale. Il nous paraît encore intéressant de rapprocher ces dernières de celles auxquelles MORELLE fait allusion au niveau des zigomas : elles présentent en effet des caractères nettement superposables.

Il est maintenant avéré que les parathyréoectomies provoquent presque toujours ces mêmes ulcères. Aussi aucun doute n'est-il plus possible quant à l'importance primordiale attribuée aux glandes parathyroïdes, leur ablation jouant un si grand rôle dans l'apparition de ces plaies, pourrions-nous dire, de retentissement. Rien n'est plus facile au surplus que de provoquer la réaction inverse ; il suffit pour cela d'injecter des extraits parathyroïdiens à des animaux opérés. A la suite de ces injections, on constate d'abord un rétablissement général, puis la guérison rapide des excoriations.

La déficience parathyroïdienne lèse également les vaisseaux en ce sens qu'elle entraîne une altération des tuniques vasculaires. Ainsi, consécutivement à une ablation incomplète chez l'animal, on enregistre des résultats en tous points comparables. En premier lieu, apparaissent les ulcérations constatées par MORELLE et GLEY. Plus tard, si cette opération n'est pas suivie de conséquence fatale, et que la survie soit suffisamment longue, il se forme au niveau des vaisseaux de grosses plaques d'athérome.

C'est à tort que plusieurs auteurs ont cru pouvoir rattacher l'étiologie des ulcères précités à la formation de ces plaques athéromateuses, l'évolution de ces dernières les précédant toujours.

Il est non moins difficile de retenir, comme certains l'ont prétendu, que l'apparition des ulcérations est due à la présence d'une lésion de l'appareil circulatoire.

La relation entre ces deux derniers symptômes restant malgré tout plus qu'aléatoire, PALIER dirigea ses investigations vers un autre mécanisme. La formation d'un ulcère, d'après lui, proviendrait d'un métabolisme défectueux des sels alcalino-terreux dont la manifestation clinique serait la phosphaturie. Or, toujours d'après lui, les troubles calciques seraient de source glandulaire et plus particulièrement parathyroïdienne. Il prétend en terminant, qu'il ne peut nier, parmi les causes d'altérations parathyroïdiennes, celles qui sont consécutives aux émotions. Selon lui, ces manifestations psychiques, par l'intermédiaire du système nerveux, seraient susceptibles de contribuer à l'évolution d'un ulcère d'estomac.

CUSHING appuierait cette théorie par la découverte, dans le mésocéphale, d'un centre dont les perturbations engendreraient irrévocablement un ulcus. Enfin, paraissant donner quelque vraisemblance à ces données, nous citerons les chirurgiens russes qui, au Congrès de 1922, proclamèrent que, pendant la révolution de 1917, les ulcères étaient plus fréquents parmi les gens riches que parmi les gens du peuple, les premiers ayant eu à subir des émotions plus intenses.

Enfin, des chirurgiens allemands rapportent, qu'en temps de paix, les ulcères ont toujours été moins fréquents que pendant la guerre de 1914-18, surtout au cours de la dernière année.

Personnellement, nous estimons ces explications peut-être par trop faciles. Nous sommes loin de nier l'importance qui s'y rattache, mais nous estimons que bien d'autres facteurs pourraient entrer en ligne de compte qui confirmeraient tout aussi aisément ces constatations. La famine et les privations de toute nature qui ont sévi tant en Russie qu'en Allemagne, et plus spécialement en 1918, ont tout aussi bien pu apporter leur influence sur la genèse des ulcères, surtout pendant la période de troubles.

Dans un autre ordre d'idées, les travaux des physiologistes ont montré l'importance de l'incrétion parathyroïdienne sur le métabolisme des sels de calcium. Sur le chien, par exemple, on obtient les dosages suivants :

Pour 100 centimètres cubes de sang, on trouve 10 mgr. 35 de calcium alors qu'après intervention, la proportion tombe à 7 milligrammes.

Ces résultats méritaient une mention toute spéciale. Cliniquement, GROVE, et VINESKI furent les premiers à employer les extraits parathyroïdiens pour traiter les ulcères stomacaux. La même année, PALIER, après en avoir guéri un nombre considérable par cette médication, conclut qu'elle est au traitement de l'ulcus ce que l'insuline est au traitement du diabète. D'autre part, l'auteur stipule ce qui suit :

« lorsqu'un malade présente des troubles dyspeptiques
« et de la phosphaturie, avant toute investigation
« radiologique ou chimique, on peut avec certitude,
« poser le diagnostic d'ulcère de l'estomac. »

De leur côté, ALKAN, MOUTIER, CAMUS et J. PEREZ signalent l'action curative de l'extrait de parathyroïde sur cette lésion. Corroborant ces conclusions, OLTRAMARE, J. DURAND et ZANA, citent de nombreux exemples d'ulcus et de colites ulcéreuses chroniques notablement améliorés par l'administration de sels de calcium associés à celle de préparations parathyroïdiennes.

Somme toute, quel que soit le siège de la lésion jambe ou estomac, le processus ulcératif n'est-il pas indifféremment identique ? Pour notre part, nous le pensons. Dans le premier, sans aucun doute possible, la perte de substance est notoirement supérieure et le rapprochement entre ces deux ulcères ne saurait être énoncé dans ce sens du moins. Mais du point de vue morphologique, serions-nous taxés de témérité en établissant leur parallèle ? Il est un fait en tous cas que nous nous sommes efforcés de mettre en relief parce que digne d'attention. Nous voulons parler de la phosphaturie qui est de règle chez la majeure partie des porteurs d'ulcères de jambes, comme nous le consignons dans les deux observations reproduites à la fin de ce chapitre. Or, la phosphaturie, symptôme important de l'ulcus, aux dires de PALIER, serait manifeste dans 90 % des cas.

Faut-il voir dans cette concordance le seul fait

d'une coïncidence ? En supposant qu'il en soit ainsi, nous estimons que cette coïncidence vaudrait tout au moins la peine d'être prise en considération, ne fût-ce qu'en vue d'investigations futures.

Coïncidence aussi le fait que nous venons de relater à propos des troubles calciques d'origine parathyroïdienne et les chiffres fournis par VINE dans son étude de la calcémie dans diverses dermatoses et notamment dans les ulcères de jambes ? VINE à la suite de dosages répétés constate en effet chez ses malades un abaissement des sels de calcium allant de 30 à 70 %.

Coïncidence encore les constatations personnelles que nous avons faites, sur l'influence des dépressions psychiques et physiques dans l'étiologie des ulcères de jambes, comparativement à celles faites par les chirurgiens russes et allemands ? Il n'est pas douteux que le nombre des ulcères des membres inférieurs est considérable dans la classe pauvre et bien minime dans la classe aisée. Il suffit de se rendre à la consultation d'un Dispensaire, d'une Œuvre de Charité ou plus particulièrement d'un Asile, pour s'apercevoir que ce sont parmi les plus faibles, les mal lotis, les mal vêtus, les pauvres bougres, les déprimés enfin qu'on en rencontre la plus forte proportion. Ici l'analogie n'est-elle pas pour le moins impressionnante entre ce syndrome et le syndrome émotif qui contribue à la formation de l'ulcus ?

Il n'y a donc pas tellement lieu de s'étonner si, depuis quelques années déjà, maints auteurs ont

préconisé la médication aux extraits parathyroïdiens chez certains porteurs d'ulcères de jambes. A. GRAS et GRUNWELD, par exemple, traitèrent 6 cas par l'administration de glandules parathyroïdiques ; un seul guérit complètement, trois furent améliorés et deux ne furent par contre aucunement modifiés. LAEMMER dans son opuscule, cite plusieurs cas de guérisons semblables. SUCHER enfin rapporte quelques cicatrisations d'ulcères jambiers par cette thérapeutique. Selon lui, les résultats seraient d'autant plus rapides que l'ulcération serait plus récente.

Suivent à présent, celles de nos observations qui reflètent toute l'importance que personnellement nous retenons de la question parathyroïdienne dans le processus ulcératif des membres inférieurs.

OBSERVATION I

M. A. N., 40 ans, charpentier, vient à la Clinique le 10 janvier 1930, pour une ulcération de la jambe gauche, face externe, tiers inférieur, mesurant 7 centimètres sur 6 et profond de 5 millimètres. L'odeur en est fétide, le fond sanieux et torpide. A la périphérie, il existe une dermite de couleur rouge violacé, sur une largeur de 5 centimètres.

Les dimensions respectives des deux jambes sont :

	Jambe droite	Jambe gauche
Tiers supérieur.....	32	33
Tiers moyen.....	36	40
Tiers inférieur.....	23	30

La jambe gauche, très œdématiée, ne permet pas d'affirmer la présence ou non des varices. Sur la jambe droite, au

contraire, quelques sinuosités variqueuses ; la peau est sèche et squameuse. Les ongles sont cassants.

L'ulcère est survenu après un choc minime, en janvier 1928. Formation d'abord d'une petite croûte que le malade enlève en la grattant. Sous celle-ci se trouvait une perte de substance insignifiante qui petit à petit grandit et atteint les dimensions que nous avons relatées plus haut.

ANTÉCÉDENTS. — Dans l'enfance, quelques maladies sans grande importance, entérite, angine presque tous les hivers dont quelques-unes à allure graves ; diphtérie et scarlatine.

Père mort accidentellement. Mère bien portante. Un frère vivant est en bon état de santé.

Mobilisé en 1914, il fait toute la guerre. Ni blessure, ni intoxication par les gaz.

En 1926, pour la première fois, il ressent après les repas une pesanteur d'estomac. En 1927, il fait une crise aiguë, douloureuse, dont la description et l'horaire nous incitent à penser que ce sont les manifestations d'un ulcus. Toutefois, ce diagnostic n'a pas été confirmé par la radio et l'étude du chimisme gastrique. Entre temps, il a été traité.

Notre examen en janvier 1930 :

Cœur bien frappé. Tension artérielle 14-7. Ni sucre, ni albumine, mais phosphaturie abondante. Rien de particulier au point de vue respiratoire. Réflexes normaux.

Notre sujet nous signale que depuis quelques jours, il ressent de violentes douleurs au niveau du creux épigastrique ; en effet, à la palpation, on constate une zone douloureuse ; le ventre est souple. En conséquence, nous prescrivons le traitement classique tel que FIESSINGER l'a décrit pour les ulcus, c'est-à-dire absorption unique de crème à la dose de 100 grammes par repas et simultanément, 3 grammes de sous-nitrate de bismuth. Quant à l'ulcère de jambe, nous le traitons par la méthode habituelle en renou-

velant les pansements tous les 3 jours. Trois semaines plus tard, le 3 février, les dimensions de l'ulcération ne sont plus que de 4 centimètres sur 3 et 3 millimètres de profondeur. En outre, depuis une huitaine de jours, M. A. N... ne souffre plus de douleurs de l'estomac ; il ne présente plus que des lourdeurs de courte durée après les repas.

Mais, à partir de ce moment, l'ulcère reste stationnaire en dépit de tous nos efforts pour faire reprendre la cicatrisation. Huit jours se passent : pas de changement.

Entre temps, le malade nous fait demander de venir chez lui parce qu'il est alité : il vient d'avoir une crise violente avec vomissements et les matières vomies contiennent un peu de sang rutilant.

C'est à ce moment que nous prenons connaissance, dans la littérature médicale, des bénéfices de l'administration des glandes parathyroïdiennes. Nous en ordonnons aussitôt à notre sujet, sous forme d'extrait, à la dose de 2 milligrammes trois fois par jour ; durée du traitement 15 jours ; interruption de 5 jours et reprise.

Très rapidement, les douleurs stomacales s'atténuent pour disparaître complètement au bout de 19 jours ; et ce n'est pas sans stupéfaction que nous constatons simultanément une reprise de la cicatrisation de son ulcère de jambe. Les bourgeons charnus se développent. L'épiderme s'étend et le 15 mars 1930, M. A. N... est complètement guéri.

Revu à plusieurs reprises, nous n'avons pu que constater la solidité de sa cicatrice et lui conseiller de prendre de temps en temps de l'extrait parathyroïdien.

OBSERVATION II

M^{lle} M. J., 42 ans sans profession, vue le 15 novembre 1931, présente deux ulcérations siégeant au niveau du tiers inférieur, jambes droite et gauche.

L'ulcère de la jambe droite mesure 4 centimètres sur 3, et

5 millimètres de profondeur ; celui de la jambe gauche 5 centimètres sur 6 centimètres et 5 millimètres de profondeur. Odeur fétide, fond sanieux, suintement abondant.

Les dimensions respectives des deux jambes sont les suivantes :

	Jambe droite	Jambe gauche
Tiers supérieur.....	38	38
Tiers moyen.....	42	40
Tiers inférieur.....	29	26

Elles sont toutes deux œdémateuses, le godet y reste marqué. La peau est écailleuse et terne ; les ongles sont cassants.

Les deux ulcérations sont apparues il y a un an à la suite d'une double phlébite.

ANTÉCÉDENTS. — Parents décédés en 1917 ; pas de collatéraux. Rougeôles et scarlatine dans l'enfance ; fièvre typhoïde il y a quelques années occasionnant la double phlébite. En 1928, douleurs au niveau des colons transversal et ascendant. Le médecin consulté alors a porté le diagnostic de colites ulcéreuses.

EXAMEN. — Pas de lésions cardiaques. Cœur bien frappé. Tension artérielle : 14-6.

Ni sucre, ni albumine. Pas de nicturie. Règles normales. Réflexes très bons.

Nous commençons le traitement local habituel sur les ulcères et faisons les recommandations d'usage. Tout va bien au début et il nous semble même pouvoir présager une guérison relativement prompte. Mais voici que le 20 décembre, nous constatons, non sans quelque surprise, que l'état reste stationnaire. Les ulcérations mesurent à ce moment : la première 2 centimètres sur 1 et 2 millimètres de profondeur et la seconde, 3 centimètres sur 2 et 3 milli-

mètres de profondeur. Les jambes ont diminué de volume, les dimensions en sont actuellement :

	Jambe droite	Jambe gauche
Tiers supérieur.....	36	36
Tiers moyen.....	38,5	38
Tiers inférieur.....	26	25

Les douleurs au niveau du colon se font sentir à nouveau. Nous craignons d'assister à un second syndrome aussi violent que le premier.

Nous prescrivons le régime habituel et renouvelons la thérapie inhérente : 2 milligrammes d'extrait parathyroïdien trois fois par jour. Les ulcères de jambes recommencent à bourgeonner et, en très peu de temps, le 18 janvier, M^{lle} M. J., est complètement guérie de ses ulcérations. De plus, les jambes ont encore diminué de volume. Parallèlement, les douleurs de la colite ont complètement disparu.

A plusieurs reprises, nous avons revu cette malade qui se porte très bien.

Ces deux observations montrent toute l'importance qu'il mériterait d'attacher à l'action des parathyroïdes sur le processus ulcératif. Le fait était d'autant plus intéressant à relever que nos malades semblaient atteints à la fois d'ulcères de jambes et d'ulcus ou de lésions colitiques ulcérées. Cependant, notre champ d'expériences ne nous paraît pas encore assez étendu pour que nous puissions intervenir dans le débat. Nos résultats personnels cadrent toutefois avec tous ceux qui déjà ont été publiés jusqu'ici.

En manière de conclusion, nous nous permettons d'émettre que, selon nous, *la relation parathyroïdienne, processus ulcératif, ne serait vraisemblablement pas un vain mot.*

GLANDES GÉNITALES ET ULCÈRES DE JAMBES

Glandes génitales mâles

L'action des glandes génitales mâles a, depuis toujours, intrigué les médecins. Leur étude a surtout été facilitée par sa situation externe chez presque tous les animaux et notamment chez l'homme. Certaines pratiques religieuses ou orientales, en mutilant le mâle, créaient par là même, de véritables champs d'expériences.

La castration des animaux de basse-cour et du bétail ayant pour but l'intensification de la finesse de la chair, est très répandue de nos jours. Chez les gallinacés en particulier, il est intéressant de noter que la castration apporte de grosses modifications de l'habitus extérieur de ces oiseaux. Leur plumage, d'ordinaire si chatoyant, de couleurs vives, perd beaucoup de son éclat, en même temps que disparaissent l'humeur belliqueuse et la belle prestance de ces animaux. Et cependant dit PEZARD, les ergots, après castration, persistent à pousser ; il rapporte même que cette arme offensive présente alors un certain caractère de neutralité, à telle enseigne que chez les poules castrées elle pousse et s'accroît aussi.

A la suite de leurs expériences sur les sujets mâles, les médecins relièrent ces phénomènes sexuels secondaires à la glande externe. Conséquemment, ils proposèrent comme thérapeutiques, une variété infinie de méthodes qui devaient permettre à leurs semblables d'y retrouver une activité génésique perdue, hélas !

Soit dit en passant, les préparations culinaires d'organes mâles, prirent à une certaine époque une grande place dans la thérapeutique : CITANUS, MICHEL et MULLER en 1691, conseillèrent l'absorption de testicules de coq creus. VANDEN BOSCHE, un peu plus tard, préconisa des testicules de cerf. Les anciens d'ailleurs connaissaient déjà cette thérapeutique puisque SEX-TUS, CONSTANTIN et TRALLIEN l'employèrent. Ces auteurs ne visaient que le caractère sexuel attaché à ces glandes.

Ce n'est qu'à la fin du siècle dernier qu'on commença à les préconiser dans l'espoir d'empêcher l'apparition des caractères séniles. BROWN SEQUARD, à l'âge de 72 ans, publia sa propre observation dont il appert qu'à cet âge avancé, il avait conservé les attributs d'un homme de 45 à 50 ans.

Tout dernièrement, un physiologiste allemand, ZOTT, fit paraître son auto-observation de laquelle il conclut qu'après un traitement de longue durée qu'il poursuit actuellement encore, il ne paraît pas à son âge, avoir acquis les caractères de sénilité de ses compatriotes.

Nous rappellerons en terminant que les différentes

maladies du testicule, atrophies, épidydimites, etc..., confirment sans équivoque possible, l'action stimulante de ces organes.

Reste maintenant à étudier l'action prépondérante des glandes génitales mâles sur le dynamisme général. Par la modification des réserves et la stimulation spécifique, les organes génitaux mâles exercent une véritable tyrannie sur l'organisme. C'est ainsi que les étalons, pendant la saison des remontes, c'est-à-dire pendant la période de plus grande activité sexuelle, maigrissent toujours malgré l'abondance de la nourriture qui leur est prodiguée. « Un bon coq n'est jamais gras ! » ' disaient déjà nos pères.

Après avoir exposé cette étude préliminaire, nous rentrons à présent dans le vif du sujet :

Toute déficience organique provoque dans la période initiale une modification importante du métabolisme ; plus tard, elle entraîne une sclérose de tous les tissus. Si l'on s'en rapporte aux premiers travaux, toute sclérose serait dûe à une élévation du taux du cholestérol sanguin. Or, la castration expérimentale ou naturelle, amène elle aussi une élévation appréciable de ce taux. Par conséquent, la sclérose sénile serait fonction de la suppression ou tout au moins d'une hyposécrétion génitale.

C'est ainsi que SIANDEPOLE, dans un journal italien de Dermatologie et de Syphiligraphie, signale les résultats obtenus, dans le traitement des ulcères de jambes, par l'application, *in situ*, de couches épaisses de poudre d'intersticiel. Il se produit tout d'abord

une vasodilatation ; les bourgeons charnus apparaissent, l'ulcère devient cruorique et très rapidement change d'aspect. Quelques semaines seulement seraient nécessaires pour obtenir une guérison, Ces résultats seraient concluants.

L'auteur termine son article par les paroles suivantes : « Dans le traitement des ulcères de jambes, « le médecin doit être éclectique et ne doit pas avoir « d'idées préconçues. S'il constate que la thérapeu- « tique employée jusqu'ici, ne lui donne pas tous les « résultats qu'il en attendait, il doit avoir recours à « une autre médication ». Nous nous demandons donc s'il n'existerait pas un rapprochement à établir entre l'apparition des varices et la déficience des glandes mâles dont la conséquence est la sclérose ? A moins que cette relation ne fût plus étroite entre une déficience des incréctions génitales et l'apparition des ulcères ?

LAQUEUR prétend avoir trouvé parmi les sécrétions de l'ovaire, une hormone dont l'action sur le cœur, et sur l'appareil circulatoire entier, serait de toute première importance. Or, du fait qu'elle n'a pas encore été isolée peut-on conclure à l'absence, dans le testicule, d'une hormone similaire ? Nul ne saurait l'infirmier.

Les effets des glandes sexuelles sur l'appareil circulatoire ont retenu, ces derniers temps, l'attention des physiologistes. ABDERHALDEN et GELLHORN après hydrolyse testiculaire obtiennent des extraits qui stimulent les battements du cœur. Sur des graphiques,

à l'aide d'appareils spéciaux, les auteurs ont suivi les contractions du myocarde et ont constaté qu'après injections des produits sus-cités, on relève des contractions deux fois plus fortes.

L'action de ces extraits ne se révèle pas seulement sur le réseau capillaire génital, mais encore sur celui de l'organisme tout entier. La manifestation semble être plus intense au niveau du réseau capillaire des jambes.

Selon HAHN, les résultats différeraient complètement suivant les solvants employés : chez la grenouille par exemple, les extraits éthérés provoqueraient une vasolidation et une augmentation des battements du cœur du tiers de leur force initiale, alors que les extraits alcooliques détermineraient une élévation de la tension avec diminution des contractions cardiaques dans une même proportion.

D'autres auteurs, comme DANILEWSKY, LIKHATSCHEFF, NIKOLAIEFF, SCHKAWERA et SSENTJURIN, étudièrent les effets des extraits mâles sur la circulation, les uns et les autres confirmant ou infirmant les travaux de HAHN.

Nous référant aux directives, intéressantes entre toutes, de SIANDEPOLE, nous avons cru bon d'étudier, chez certains malades, l'influence des glandes génitales mâles sur les ulcérations des jambes. Lors de nos expérimentations, nous avons toujours fait absorber ces préparations en même temps que des extraits femelles. Nous en exposerons plus loin la raison.

Glandes génitales femelles

L'importance des glandes génitales femelles, comme glandes endocrines, n'a été établie que vers la fin du siècle dernier. Le retard apporté dans son étude était dû jusque là sans doute, à l'impossibilité d'obtenir, par suite du manque d'aseptie, des survies assez longues chez les animaux opérés.

Actuellement, les symptômes de la déficience ovarienne sont si connus qu'il serait par trop fastidieux de les énumérer ici. Cependant, qu'il nous soit permis d'attirer l'attention sur les modifications du volume des jambes dans ce syndrome. MARRANON décrivit ces dernières avec force détails et les dénomma « Jambes hypogénitales ». Les mains subissent également des altérations similaires, « mains hypogénitales ».

Les incréctions ovariennes et testiculaires ont une action identique sur le dynamisme général. Les sécrétions de l'ovaire agissent notamment sur les capillaires et semblent plus particulièrement régler les échanges au niveau du tiers inférieur des jambes. Nous pouvons affirmer que la plupart des femmes qui sont venues nous voir pour des troubles capillaires accusaient toujours une déficience ovarienne, bien qu'il soit, souvent difficile de faire préciser à certaines malades, jeunes filles ou femmes, les détails indispensables sur l'époque de leurs menstrues et surtout la quantité de sang émise par le nombre de serviettes.

Les syndromes les plus fréquemment observés sont:

les acro-asphyxies, celui de KROG et CASSIRER, de WEIR et MITCHEL, et plus tard de VILLARET. L'importance des lésions capillaires et acro-asphyxiques est telle que le dernier congrès de médecine y a consacré une partie de ses travaux.

May et LUSANI rapportent que 50 % des femmes acro-asphyxiques présentent des troubles ovariens.

Le traitement des capillarites au niveau des jambes est tout particulièrement décevant. Il suffit de compulsuer la pluralité des médications préconisées pour se rendre compte de leur peu d'efficacité. Nous avons eu à soigner un grand nombre de ces malades et en avons soulagé la majeure partie en leur conseillant cette technique : port d'une bande élastique qui active la circulation tout en protégeant les téguments contre le froid ; en outre, emploi de petits moyens physiques d'application relativement facile en vue d'activer la circulation, telle que : flagellation des jambes avec une serviette imbibée d'eau glacée, massages, bains. Simultanément, nous prescrivons l'absorption d'extrait d'ovaire ou mieux encore des injections de folliculine cristallisée. En réalité, il ne faut pas compter obtenir, même avec un traitement opothérapique bien conduit, un soulagement immédiat. Les améliorations qu'on en peut attendre se manifestent au contraire assez tardivement.

Nous ne voudrions pas, parlant de ces capillarites, passer sous silence les investigations de LANGERON. Dans un travail récent, cet auteur vante les effets des

radio et curi-thérapies sur les troubles vaso-moteurs des extrémités. Nous regrettons de ne pas avoir l'expérience requise qui nous permit de commenter les résultats de cette méthode.

Les altérations des vaisseaux accompagnés d'une déficience ovarienne diffèrent suivant qu'ils surviennent chez la femme prise en-deçà ou au-delà de la trentaine. Chez la jeune fille ou la jeune femme on constate plus fréquemment des troubles des petits capillaires, tandis qu'à partir de l'âge mûr, les signes de la déficience ovarienne se présenteraient plutôt sous forme de lésions veineuses.

Certaines clientes se plaignent d'autant plus fortement de leurs varices que leurs règles sont peu abondantes. VIGNES avait déjà noté cette relation. Quelques-unes même, à l'époque des menstrues, prétendent éprouver une sensation de tension au niveau des veines dilatées. En réalité, c'est surtout au moment de la ménopause, artificielle ou naturelle, qu'on rencontre le plus de varices. Si nous établissons une comparaison entre le pourcentage des variqueux hommes et femmes avant la ménopause, nous constatons que jusque là, le taux dans les deux sexes est à peu près équivalent, alors que, passé ce cap, la proportion s'élève du double à peu près chez la femme.

B. ASCHNER rapporte que sur 700 cas de règles insuffisantes, il ne constate que 19 cas de varices ; c'est là évidemment un taux infime. Le nôtre au

contraire est beaucoup plus élevé. il atteindrait 70 à 80 %.

Ces différences, d'apparence quasi-paradoxaes, trouvent leur explication du fait que les personnes qui consultent ASCHNER sont toutes des hypo-ovariennes, alors que nous ne voyons que des variqueuses, le plus souvent d'un certain âge et partant, déficientes aussi.

Jusqu'ici, nous avons traité ces malades pour leurs troubles endocriniens par des extraits dans lesquels l'hormone signalée par LAQUEUR se trouverait en abondance. Mais, les symptômes dont nous venons de parler ne sont pas les seuls par lesquels se traduisent les troubles du métabolisme ovarien. Au niveau du derme, nous notons de profondes modifications ; pendant les périodes, par exemple, des poussées d'herpès des lèvres ou d'acnée. BUCKLEY note que sur 510 cas d'acnée, 145 se sont aggravés au moment de l'apparition des règles. MATZENAUER décrit même une dermatose très spéciale à la dysendocrinie ovarienne.

J. WESSELEY publie les excellents résultats qu'il a obtenus en traitant par les extraits d'ovaire tout une série de dermatoses dont l'étiologie résidait dans une disfonction ovarienne. A. BUSCHKE et W. CURTH ont réussi à modifier favorablement quelques cas de pemphigus vulgaire grâce à des injections de folliculine à 40 unités-souris. Ph. KELLER en donnant à une psoriasique arthropathique des préparations ovariennes réussit à diminuer d'abord la raideur arti-

culaire, ensuite l'éruption et finalement à régulariser les menstrues. Récemment, ASCHNER nota la fréquence de l'acnée rosacée, de l'eczéma et de nombreuses affections dermatologiques chez ces déficientes.

L'incrétion ovarienne agit donc d'une façon telle sur le derme et les vaisseaux qu'il nous paraîtrait bien surprenant que leur action sur les ulcères de jambes puisse être négligeable.

Dans cet ordre d'idées, une malade nous contait que les douleurs dues à son ulcération étaient plus particulièrement intenses pendant les époques. Chez une autre patiente, pendant les règles et coïncidant avec une exacerbation des algies, nous avons pu constater une rougeur plus intense au niveau de l'ulcère. Le cas de ces deux variqueuses fit impression sur nous. De là à nous décider à rechercher dans nos observations si la dysendocrinie ovarienne aurait une action sur la cicatrisation, il n'y avait qu'un pas que nous franchîmes peut-être plus encore par curiosité médicale que par conviction.

Organes génitaux totaux

Après les exposés que nous venons de tracer des organes mâles, puis femelles, nous citerons pour terminer la loi du « tout ou rien » de PEZARD qui spécifie qu'avec des doses minimales d'extraits testiculaires mâles, il serait possible de masculiniser des femelles. LAQUEUR ne partage pas cet avis, il l'infirme expressément au contraire. Il stipule que pour obtenir une action anti-masculine, la question des doses est de toute première importance. Faisant suite à ces communications, NEUMANN opère sur des souris adultes mâles ; procédant sur elles à des injections de méformone à 500 millièmes, il n'obtient aucune action anti-masculine.

Tout récemment enfin BUSQUET et RIVOIRE ont publié les résultats de travaux qui tendent à démontrer la présence, dans le testicule, d'une substance analogue à la lutéine ovarienne, placée sous la dépendance du prolane A ; le prolane B règle au contraire le métabolisme des vésicules séminales et de la prostate dans lesquelles se trouve en abondance la folliculine.

Confirmant ces dires, il existerait dans le sexe mâle

la quantité nécessaire d'hormones sexuelles femelles au déclanchement de l'œstrus.

Les anciennes conceptions de l'antagonisme des glandes génitales mâles et femelles ne correspondent donc plus à ces données réelles. Ne serait-ce pas là une raison suffisante pour faire crédit à tous ceux qui préconisent l'opothérapie croisée ?

Nous inspirant de ces directives, retenant surtout que nous n'avions, aux doses prescrites, aucune crainte à éprouver quant aux modifications des caractères sexuels secondaires inhérent à chaque espèce mâle ou femelle, nous avons traité une dizaine de nos malades des deux sexes par des extraits génitaux totaux.

Les seules observations intéressantes que nous ayons pu recueillir se résument à celles qui suivent :

OBSERVATION I

M. B. R., 40 ans, cultivateur, vient nous consulter le 4 février 1929, pour une ulcération du tiers inférieur face externe, jambe gauche, mesurant 4 centimètres sur 3 et 6 millimètres de profondeur, entourée d'une dermite suintante et répandant une odeur nauséabonde. Le fond est couvert de débris sphacellés.

La jambe est cyanosée de teintes violacées plus foncées. Oedème dur qui ne garde pas le godet. Dimensions des jambes :

	Jambe droite	Jambe gauche
Tiers supérieur.....	36	36
Tiers moyen.....	42	43
Tiers inférieur.....	29	32

ANTÉCÉDENTS. Quelques maladies d'enfance bénignes, Parents bien portants ; un frère et une sœur qui ne présentent pas de lésions ulcéreuses.

EXAMEN. — Appareil circulatoire : les bruits sont sourds, mais réguliers ; les artères sont souples, la tension est à 19-12.

Appareil rénal : ni albumine, ni sucre ;

Du point de vue nerveux, rien à signaler.

Le malade mesure 1 m. 80 et pèse 85 kilogs. L'obésité qu'il présente est surtout localisée dans les régions abdominale et fessière. Il est somnolent, apathique et inattentif, symptômes évidents de la déficience testiculaire.

Nous instituons donc aussitôt un régime dont nous excluons la viande et les féculents, pendant un temps assez court, pour ne permettre que les légumes verts. Quant à l'ulcère, nous le traitons par notre technique habituelle. Très rapidement, il se déterge ; le 19 février il n'a plus que 2 centimètres sur 2 et 2 millimètres de profondeur. Mais, le 25 février, nous constatons un arrêt dans la progression de la cicatrisation. A cette époque, M. B. R., a déjà maigri de 2 kilogs.

Nous lui ordonnons donc :

Extrait testiculaire	0,20
» prostatique	0,15
» ovarien	0,30
» placentaire	0,10

à raison de 3 cachets par jour pendant 15 jours, suspendre 5 jours pour recommencer ensuite. Nous ne sommes pas peu surpris, au bout de deux semaines, de constater une reprise de la cicatrisation et 18 jours plus tard la guérison de l'ulcération.

Le malade qui a continué à maigrir, ne pèse plus que 80 kilos. Néanmoins, nous lui conseillons de poursuivre

le traitement interne par les cachets ordonnés. Quand il revient au Dispensaire le 1^{er} juillet, il s'est effectué une véritable transformation ; le poids est tombé à 75 kilos, la tension artérielle est à 16-8, et les phénomènes subjectifs que nous avions signalés se sont amendés.

OBSERVATION II

M^{me} A. G., 36 ans, que nous voyons le 30 janvier 1930 pour une ulcération de la face externe, jambe gauche. Cette dernière mesure 6 centimètres sur 4 et 5 millimètres de profondeur, suinte abondamment mais ne répand pas d'odeur nauséabonde ; le fond est propre, toutefois il existe à quelques endroits du sphacelle. L'érosion est survenue à la suite d'un heurt léger contre une chaise. Très rapidement, celle-ci s'est étendue et les douleurs violentes au début se calment à mesure qu'elle s'élargit. Sur une largeur de 10 centimètres, cette plaie est entourée de dermite suintante.

Les deux jambes sont œdématiées et présentent les caractères de celles décrites par MARAÑON.

ANTÉCÉDENTS. — Scarlatine, rougeole ; quelques affections bénignes. Régée à 15 ans, irrégulièrement et peu abondamment. Mariée à 23 ans n'a pas eu d'enfants. Père mort d'accident, une sœur bien portante.

EXAMEN. — Cœur érthyque, pouls à 72, tension artérielle à 15-9. Apparition chez cette malade d'érhythme pudique ; dermatographie exagéré. Elle présente une adiposité à type hypogénital.

Nous commençons l'application du traitement comme de coutume. Au début, tout marche bien, M^{me} A. G., dort mieux et le 18 février, l'ulcère ne mesure plus que 4 centimètres sur 3 et 2 millimètres de profondeur. Revue le 1^{er} avril, les dimensions sont restées les mêmes. A ce moment, notre malade nous avoue que, depuis trois mois,

elle est complètement aménorrhéique bien que nous ne constatons pas d'utérus gravide.

En présence de cette déficience, nous décidons de lui donner les cachets suivants à raison de trois par jour :

Extrait ovarien	0.30
» placentaire	0.30
» orchitique.....	0.20
» prostatique.....	0.15

Après avoir suivi cette médication pendant 15 jours, les règles réapparaissent à la date présumée et nous constatons au niveau de l'ulcère une activité intense. Les bourgeons charnus croissent et en trois semaines, la cicatrisation est complète.

Nous conseillons à M^{me} A. G. de continuer l'absorption des cachets prescrits. En 1931, elle vint nous voir et nous remarquâmes que ses jambes avaient sensiblement diminué de volume, que l'érythème pudique avait disparu et que les phénomènes subjectifs avaient rétrocedé ; notre cliente nous signala d'autre part que ses menstrues étaient plus régulières.

OBSERVATION III

M^{me} D. R., sans profession vient nous voir le 13 mai 1930, pour un ulcère, jambe gauche, face externe, dont les dimensions sont : 5 centimètres, 4 centimètres et 5 millimètres ; le fond est cruorique, les bords sont bien dessinés et un peu calleux ; il coule une lymphorrhée abondante. Cet ulcère est survenu à la suite d'une petite excoriation, après un choc minime : croutelle, puis ulcération. A la périphérie il existe une dermite sèche à petites squames furfuracées. Les jambes sont œdémateuses et plus longues que le buste, on ne constate pas de varices.

ANTÉCÉDENTS. — Père et mère morts depuis longtemps ; quelques maladies d'enfance. Réglée à 15 ans ; mal depuis

toujours, mariée à 22 ans, a eu deux enfants ; à la suite de sa dernière couche, elle est restée alitée pendant quelques mois, suite de phlébite. C'est consécutivement à ces phénomènes infectieux que sont apparues la croûte puis l'ulcération.

EXAMEN. — Cœur bien frappé ; pouls à 70 ; tension artérielle à 17-10 ; l'appareil rénal fonctionne bien 1.100 centimètres cubes par jour ; ni albumine, ni sucre.

Nous ordonnons le traitement local comme d'habitude et simultanément un traitement opothérapique composé d'extraits ovariens dans le genre de ceux prescrits dans les observations précédentes. La cicatrisation débute très rapidement ; la plaie se nettoie et, en un mois, l'ulcération est entièrement comblée.

Par la suite, les phénomènes de dysendocrinie ovarienne s'amendent ; les règles deviennent plus régulières ; les jambes diminuent de volume. Revue quelques années plus tard, elle est maintenant complètement guérie, cependant que les jambes sont restées œdémateuses.

OBSERVATION IV

M^{me} R. H., 40 ans, couturière, vient au Dispensaire le 15 mars 1931 pour deux ulcérations, faces externe et interne, jambe gauche, au niveau de la cheville. La première est de 5 centimètres sur 3 et 4 millimètres de profondeur ; la seconde de 6 centimètres sur 4 et 3 millimètres de profondeur. Fond sanieux, odeur fétide, dermite au pourtour sur une largeur de 6 centimètres.

Les jambes sont froides et œdématisées et répondent à la description faite par MARANON de la jambe hypogénitale.

M^{me} R. H., se plaint de souffrir particulièrement au moment des menstrues.

ANTÉCÉDENTS. — Le père est diabétique et la mère

asthmatique. Pas de collatéraux. Quelques-unes des maladies courantes de l'enfance. Réglée à 17 ans, ses époques sont très irrégulières et peu abondantes.

EXAMEN. — Appareil cardiaque : le cœur bat bien ; les artères sont souples ; la tension artérielle est à 16-8 ; l'appareil rénal est normal ; les réflexes sont bons.

Nous traitons les ulcères par la méthode de P. BOURG-GRAFF et très rapidement ils se comblent ; cependant au bout de 15 jours, la cicatrisation s'arrête. Pendant une semaine, on ne constate plus aucune modification. Nous faisons alors ingérer à notre malade les mêmes cachets précités. Après huit jours de ce traitement, les ulcérations régressent à nouveau pour se cicatriser complètement en 12 jours.

M^{me} R. H., est revenue au Dispensaire six mois plus tard : nous n'avons pu que constater des modifications heureuses au niveau de ses jambes. D'après ses dires, ses périodes sont maintenant très normales et très régulières. Les phénomènes subjectifs ont disparu.

OBSERVATION V

M^{me} J. B., âgée de 43 ans, couturière, vient nous voir le 12 avril 1930, pour une ulcération qui siège au tiers inférieur de la jambe droite et qui mesure 6 centimètres de long sur 7 de large et 6 millimètres de profondeur. L'ulcère a bon aspect ; il ne suinte pas. Les jambes présentent les caractères décrits par MARANON. Obésité localisée à la partie basse du corps ; œdème prédominant au niveau de la jambe malade.

ANTÉCÉDENTS. — Père bien portant ; mère ayant présenté également un ulcère de jambe ; quelques maladies d'enfance sans grande importance. Réglée très tard, à l'âge de 18 ans, mariée à 22 ans, elle a eu un premier enfant

à 23 ans, un second à 26 ans ; les règles se sont faites très rares après les dernières couches. Au cours de la gestation sont apparues les dilatations variqueuses qui ont augmenté de volume et remontent actuellement au niveau de la face interne de la cuisse jusqu'à la crosse de la saphène.

EXAMEN. — Appareil cardiaque : pouls à 70 ; tension artérielle à 18-7. Dans les urines, ni sucre ni albumine ; système nerveux : rien de pathologique. Malgré l'examen, on ne constate pas d'autres déficiences glandulaires que celles de l'ovaire. Nous ordonnons le traitement endocrinien et simultanément le traitement local. Très rapidement, l'ulcère regresse, les douleurs disparaissent, l'œdème s'atténue, il semble que les varices diminuent de volume également et, en 36 jours, la malade est entièrement guérie de son ulcère.

Dans ces cinq observations, trois de nos ulcéreux ont tout d'abord été traités par le traitement uniquement local ; les deux autres par un traitement local et endocrinien. Les résultats ne se sont pas fait attendre. Les deux derniers guérissent beaucoup plus vite que les trois autres ? Nous attribuons ces différences, dans l'activité des deux thérapeutiques, à l'opothérapie utilisée.

Donc chez tout malade présentant des varices, ulcéreux ou non, il sera bon de s'enquérir des déficiences ou orchitiques ou ovariennes et de les traiter énergiquement par une médication opothérapique, de préférence croisée. Cette dernière nous a semblé, en effet, donner des résultats plus probants qu'une médication opothérapique de remplacement. Il nous a paru qu'en observant cette ligne de conduite, les troubles des vaisseaux s'étaient tout particulièrement améliorés.

HYPOPHYSE ET ULCÈRES DE JAMBES

Après les travaux des chirurgiens CUSHING et TOUPET, dans sa thèse, du physiologiste ZONDEK, des cliniciens BABINSKI, FROEHLICH et P. MARIE, l'hypophyse a repris dans la nosologie la place primordiale que lui avaient déniée CAMUS et ROUSSY.

Du point de vue anatomique, la glande hypophyse se divise en trois lobes, l'antérieur étant celui qui physiologiquement offre incontestablement le plus grand intérêt. En conséquence, nous diviserons notre étude dans l'ordre suivant :

Lobe Antérieur

Lobe Postérieur

Lobe Moyen.

LOBE ANTÉRIEUR :

Depuis quelques années, le lobe antérieur retient non seulement l'attention des physiologistes mais encore celle des gynécologues, ces derniers ayant établi récemment l'importance prépondérante de ses réactions sur le tractus tant mâle que femelle.

Le rôle de l'hypophyse antérieure est assez particulièrement complexe. RIVOIRE, dans l'exposé de ses

travaux tout récents, nous révèle un ensemble de faits nouveaux d'un intérêt tout spécial. C'est ainsi, selon lui, qu'en implantant quotidiennement dans la cuisse d'une souris, des fragments d'antéhypophyse on voit apparaître rapidement des modifications de l'œstrus, en tous points identiques à celles produites par des injections de folliculine. Il répète l'opération sur un animal castré au préalable, et constate l'inactivité de ces mêmes implantations d'antéhypophyse alors que la folliculine se montre encore manifestement active. Il faut en conclure que l'antéhypophyse et la folliculine qui paraissent dans le premier cas avoir une action commune identique, se révèlent d'une activité toute différente; lors de la seconde opération, la folliculine seule conservant toujours sa même action, que l'animal fût castré ou non. L'hypophyse agirait donc par activation de la fonction ovarienne et par incitation de la sécrétion folliculinique. Un examen histologique de l'ovaire de cette souris montre des modifications intéressantes : maturation de nombreux ovules couverts de points ecchymotiques ; mise en liberté de ces derniers et apparition de corps jaunes.

Cette hormone antéhypophysaire semble composée de deux substances qu'il est possible d'obtenir par macération et de séparer à l'aide de solutions de pH différents ; la première extraite d'une solution à pH très élevé active la lutéinisation, l'autre, d'une solution à pH très bas, provoque une maturation folliculaire intense. Que l'une ou l'autre de ces subs-

tances vienne à présenter une déficience, aussitôt apparaîtront des troubles profonds de la sécrétion ovarienne, notamment des aménorrhées. JUAN ALBERTO VIRIOT dans un article publié dans le *Bruxelles-Médical*, rapporte quelques observations d'aménorrhées antéhypophysaires et conclut :

« La fonction du lobe antérieur de l'hypophyse est une condition nécessaire au développement et au maintien anatomique des fonctions de la glande sexuelle. Inversement, celle-ci régularise la sécrétion sexuelle de l'hypophyse. L'hypophyse est un moteur sexuel d'abord non spécifique, gouvernant les glandes qui, elles, constituent un moteur secondaire spécifique pour développer et maintenir les caractères inhérents à chaque sexe. Les injections du lobe antérieur seront donc indiquées dans certains états de non-fonctionnement des glandes génitales, dans l'insuffisance ovarienne, dans l'aménorrhée ou oligoménorrhée, dans certains états de déficience hypophysaire. »

Or, il paraîtrait que l'action du lobe antérieur ne se limiterait pas uniquement à la sphère génito-ovarienne. A ce propos, nous citerons à nouveau RIVOIRE qui, dans son dernier livre écrit tout un chapitre qu'il intitule : « Le lobe antérieur régulateur du système endocrinien ». Il résulte de son exposé que, non seulement la thyroïde, la parathyroïde et les autres glandes endocrines ont toujours entre elles des relations, mais encore que chacune d'entre elles en possède une avec l'hypophyse. C'est ainsi que

l'injection de l'extrait parathyroïdien détermine une diminution de l'hormone antéhypophysaire. Par contre, l'ablation des thyroïdes provoque une hyper-sécrétion hypophysaire.

Notre ignorance à peu près complète des substances parathyréotropes et surrénotropes ne nous permettent pas d'affirmer que la régularisation endocrinienne par le lobe antérieur soit un phénomène d'ordre général. Cependant, il semble bien que cette partie de l'hypophyse joue un rôle de premier plan dans le système endocrinien et que, par là-même, il puisse être considéré comme le régulateur de la sécrétion glandulaire. Les modifications fonctionnelles qui surviennent dans le lobe antérieur à la suite de l'hyper ou de l'hypofonctionnement de l'une quelconque des autres glandes endocrines, s'accompagnent toujours d'un bouleversement histologique de l'antéhypophyse. Lui-même entraîne, comme conséquence finale, une série de perturbations dans le domaine de tous ces autres organes glandulaires. Le cycle de ces relations, tributaires les unes des autres rendait plausible le rôle intermédiaire de l'hypophyse antérieure rôle tout de liaison par le fait, vis-à-vis de l'apparition des syndromes polyglandulaires. C'est vraisemblablement à l'hypophyse qu'il faut attribuer l'interdépendance des glandes endocriniennes si longtemps considérées comme mystérieuses.

Dans notre précédent chapitre, nous nous sommes attachés à décrire le rapport du syndrome ovarien

et des ulcères de jambes. Nous référant en fin de celui-ci aux conclusions de RIVOIRE, nous nous devons de relever l'interdépendance ci-dessus signalée en dégagant plus spécialement la relation antéhypophyso-ovarienne.

Partant, nous n'avons pas résisté à un sentiment bien légitime de curiosité en essayant nous-mêmes l'action de l'extrait de l'hypophyse antérieure sur deux cas d'aménorrhée coïncidant avec des ulcères de jambes, alors que nous les avons traités sans succès par des extraits ovariens.

Somme toute, nos deux observations sembleraient indiquer que l'hormone circulatoire de l'ovaire est susceptible d'être impressionnée par celle du lobe antérieur hypophysaire. On comprendrait par là-même le rôle de tout premier plan de cette dernière hormone sur la sécrétion de la première, celle-ci apportant par là-même sa contribution dans l'évolution des ulcères de jambes. Il est à prévoir que le rôle régulateur de l'hypophyse ouvrira bientôt avec plus d'autorité de nouveaux horizons sur l'action réelle de cette glande dans le disfonctionnement ovarien.

LOBE POSTÉRIEUR

L'action du lobe postérieur se manifeste plus spécialement sur les parois vasculaires. Elle paraît être relativement importante. M^{lle} AYZENSTEIN, dans sa thèse, rapporte qu'en apposant près des vaisseaux du mésenthère, des extraits post-hypophysaires, les tuniques des vaisseaux se tonifient ; en outre, au

moindre contact, il se produit une série de contractions d'amplitude croissante, alors qu'avant l'application de cette hormone, celles-ci n'existaient nullement. A l'appui des dires de M^{lle} AYZENSTEIN, et, parlant en tout état de cause, puisque par expérience, nous disons que l'action de la post-hypophyse, ci-dessus signalée sur les vaisseaux du mésentère, rappelle en tous points celle que provoque cette partie d'organe au niveau des varices ou des veines déficientes. Lors de nos essais, nous avons été assez heureux de constater la réapparition de ces contractions au niveau des réseaux variqueux. Pour plus de certitude, nous avons renouvelé ces expériences et les résultats ont été tout aussi concluants.

De ces constatations, et tout en faisant la part d'une certaine témérité que nos Maîtres nous pardonneront sans doute, nous avons déduit ce qui suit :

Tout d'abord, si, sous l'action de la post-hypophyse les contractions des muscles veineux réapparaissent, le résultat n'en reste pas moins problématique en ce sens que le sang ne peut être retenu à cause de la déficience des valvules dans ces veines dilatées. Logiquement, et malgré les contractions, il obéit aux lois de la pesanteur. Mais si, comme le fit M^{lle} AYZENSTEIN, nous ajoutons à l'action des extraits post-hypophysaires celle d'un contact, en la circonstance la bande élastique, ne pouvons-nous pas espérer par là même tirer de nouveaux avantages ? De sa fixation sur la jambe, n'allons-nous donc pas réaliser un double bénéfice ? Ne contribuera-t-elle pas aussi

bien à « l'amplification croissante des contractions », qu'à la réduction du volume de la veine en raison de la compression qu'elle exerce ? Il ne faut pas oublier, comme nous le disions précédemment, que cette bande, au cours de la marche, produit un véritable massage du membre.

Au résumé, nous proposons la suggestion suivante : soumise à l'action simultanée de la posthypophyse et de la bande élastique, la varice, tonifiée d'abord, en même temps que réduite dans son volume, grâce aux contractions provoquées par ces deux facteurs, est susceptible de contribuer, ne fut-ce que partiellement, au rétablissement du courant sanguin. Quelque osé que puisse paraître notre concept, nous avons tenu à l'exposer. Personnellement, il nous paraît revêtir quelque caractère de vraisemblance.

Nos conclusions se résumeront en quelques mots : *sous l'influence de ces deux thérapeutiques, la première générale (extrait posthypophysaire), la seconde locale (bande compressive), les varices diminueraient, les troubles circulatoires s'atténueraient et, conséquence logique, la cicatrisation de l'ulcère serait précipitée.*

A la suite de ce que nous venons d'ébaucher, et venant le confirmer, il est admis à présent que l'emploi de la posthypophyse s'est étendu, entre autres syndromes, à celui des ulcus. Sous son action, les douleurs et les hématémèses, céderaient. Nous ne reviendrons pas sur la relation entre les ulcères d'estomac et ceux des jambes, nous l'avons développée

suffisamment au cours du chapitre sur les parathyroïdes.

Pour terminer et faisant état des résultats très encourageants qui ont été publiés depuis quelques années, relativement à l'action de la posthypophyse sur les ulcus, nous pensons, en raison même des liens réels que nous nous plaisons à constater entre eux et l'ulcère de jambe, que l'action thérapeutique de cette glande sur ces derniers est peut-être dûe à son influence sur le processus ulcératif.

LOBE INTERMÉDIAIRE

ZONDEK dernièrement, est parvenu à extraire de la pars intermedia une hormone à laquelle il a donné le nom d'intermedine. L'action de cette dernière serait probablement génitale. L'auteur reproduit en effet chez le *phoxinus* le phénomène dit de la « robe de noce ». Toutefois, il ne nous a pas encore fixé sur l'action du lobe intermédiaire aussi bien chez les animaux supérieurs que chez l'homme.

OBSERVATION I

M^{me} R. P., âgée de 32 ans, bouchère, vient nous voir le 10/12/31 pour une ulcération de la jambe gauche face externe mesurant 4 centimètres sur 5 et 6 millimètres de profondeur, de forme ovale ; le fond est propre, mais répand une odeur fétide et suinte abondamment ; les jambes sont volumineuses ; varices énormes sur les deux jambes, sinueuses remontant jusqu'au niveau de la crosse de la saphène, cyanose au niveau des deux malléoles.

ANTÉCÉDENTS. — Père bien portant, mère morte, un frère qui présente des phlébectasies, dans l'enfance, rougeole, scarlatine; réglée à 13 ans; à 19 ans aménorrhée, c'est à ce moment qu'apparaissent la cyanose des extrémités et un peu plus tard les veines se sont dilatées; mariée à 26 ans, elle n'a jamais eu d'enfants.

EXAMEN. — Appareil circulatoire, cœur bien frappé, tension artérielle à 16-9, artères souples; reins: ni sucre ni albumine; système nerveux: réflexes normaux. Cette malade présente une adiposité localisée surtout à la partie inférieure du corps. Nous commençons le traitement local habituel et rapidement les effets de celui-ci se manifestent par une amélioration. Le 26/12/31, les dimensions de l'ulcère sont 3 centimètres sur 4 et 4 millimètres en profondeur; le 8 janvier 32, elles n'ont pas changé.

Nous songeons alors à prescrire une médication ovarienne analogue à celle que nous avons donnée à nos autres malades. Cette médication est à peu près sans effet puisque le 24/1/32 l'ulcère mesure encore 2 cm. 5 sur 3 cm. 5 et 0 mm. 4. Nous décidons d'ajouter à notre prescription initiale des extraits hypophysaires totaux. Or, nous ne sommes pas peu surpris de voir la cicatrisation s'activer; le 10/2/32 l'ulcération a complètement disparu. La cicatrice est souple et consistante. En 1933, nous avons revu M^{me} R. P., qui avait continué par intermittences la médication endocrinienne pendant au moins un an. Les règles sont redevenues très régulières, les phénomènes de la déficience hypophysaire ont rétrocedé. L'adiposité diminue sensiblement.

OBSERVATION II

M^{lle} K. T., vient nous voir le 15 avril 1932 pour des varices siègeant aux deux jambes; jambe gauche, face

interne, jusqu'au niveau du canal de hunter ; à droite, face interne également. Ces varices décrivent des méandres jusqu'au niveau de la saphène ; on note, au niveau des malléoles, de l'œdème qui disparaît avec un repos horizontal. Cette malade prend le soin de mettre ses pieds sur un coussin. M^{lle} K. T., est surtout venue nous consulter pour un placard eczémateux avec quelques petites ulcérations au niveau de la face externe de la jambe droite. Cette lésion mesure 7 centimètres de haut, 5 de large ; à différents endroits, petites ulcérations de la grosseur d'un haricot.

ANTÉCÉDENTS. — Père mort de tuberculose, mère bien portante, quelques maladies d'enfance ; opérée à 20 ans d'une appendicite, suivie de phlébite.

EXAMEN. — Appareil circulatoire normal ; tension artérielle 14-6 ; appareil renal normal ; ni sucre ni albumine. Cette malade présente une obésité hypophysaire.

Nous commençons notre thérapeutique locale habituelle des ulcères et de l'eczéma, et augurons une prompte guérison. Après trois semaines environ, la cicatrisation s'arrête ; nous décidons alors de soumettre notre malade à un traitement endocrinien ovaro-hypophysaire. 15 jours après la prise de cachets, la cicatrisation reprend, et au bout d'un mois, la plaque eczémateuse et l'ulcère ont disparu. Les autres syndromes n'ont été que peu influencés, du moins immédiatement, par cette médication. M^{lle} K. T., revient 6 mois après. Ses varices ont notablement diminué et le syndrome hypophysaire semble s'atténuer.

De ces deux observations, nous retenons le rôle de l'hypophyse sur l'appareil génital et partant sur les syndromes variqueux, y compris les ulcères de jambes.

PANCRÉAS ET ULCÈRES DE JAMBES

Depuis l'isolement de l'insuline, par les canadiens BANTING et BEST, le pancréas devint une des glandes des plus importantes dans l'organisme. Conséquemment, elle fut employée dans un grand nombre d'affections. LOEPER montre l'influence manifeste du complexe sucre-insuline sur le métabolisme du muscle cardiaque. Utilisée plus tard par NOBÉCOURT dans l'athrepsie cet extrait agit sur le métabolisme des hydrates de carbone tout en activant les autres combustions de l'organisme.

NICOLAS, GATE, PAUTRIER, AMBARD et DEL CAMPO, utilisent tous cette substance dans le traitement des ulcères de jambes. Les résultats publiés sont probants et confirment par surcroît jusqu'à quel point l'insuline peut constituer un apport précieux dans la thérapeutique des ulcérations. Mais c'est surtout dans le diabète que l'insuline s'est avérée des plus actives. Elle fait merveille sur toutes les manifestations diabétiques et grâce à elle le coma ne menace plus la vie de ces malades comme par le passé.

Peu après, MANISCAL observe que l'effet hyper-

tenseur de l'adrénaline est inhibé si l'on injecte tout aussitôt de l'insuline. Plus tard encore, KOGAN, CZPAI et WEISS confirment les effets antagonistes de ces substances. Enfin, KISTHINIOS remarque en outre que l'affaissement tensionnel varie selon la nature de l'insuline utilisée.

Puis viennent les travaux de GLEY et KISTHINIOS qui, ayant constaté que des doses équivalentes d'insuline ne produisaient pas toujours, sur les animaux de laboratoire, les mêmes effets hypotenseurs, se demandèrent si ces écarts étaient vraiment dus à l'insuline elle-même et non pas à ses impuretés. Il eut fallu déduire de ces données que ce n'était pas elle-même qui agissait, mais en réalité une substance étrangère. Les autres auteurs reprirent cette étude et plus tard parvinrent à isoler ce nouveau composé.

Tout récemment FREY de Dusseldorf retira du pancréas un nouveau produit qu'il dénomma « *kali-kréine* ». Celui-ci, selon lui, aurait les mêmes propriétés que les extraits de pancréas désinsulinés. Après pancréatectomie, elle n'existerait plus dans l'urine. Elle est donc bien originaire du pancréas.

Cliniquement, RONISVALLE en 1930, montre que les extraits de pancréas sont toujours doués de propriétés hypotensives. R. FONTAINE et JUNG confirment cette déclaration. Selon ces auteurs, les troubles subjectifs liés à l'hypertension artérielle disparaîtraient complètement grâce aux injections d'extraits pancréatiques désinsulinés. Par des injections réitérées d'autre part, GLEY et KISTHINIOS

montrèrent les effets toniques de ces préparations sur les vaisseaux. VAQUEZ, de son côté, obtint des résultats non moins appréciables sur des artérités. PAUTRIER, LANDBERG et QUISERNE appliquèrent avec succès cette thérapie aux ulcères de jambes.

Des physiologistes, comme CHAMPY, éprouvèrent encore l'action de ces extraits sur les vaisseaux des oreilles de lapin. Dans le Laboratoire du Professeur CHAMPY, M^{lle} AYZENSTEIN reprit cette étude mais en employant comme test des vaisseaux du mésentère de la grenouille. Finalement, elle confirma en tous points les travaux de KISTHINIOS et dit : « L'injection agit d'abord sur les vaisseaux profonds, provoque une anémie relative des téguments, d'ailleurs de très courte durée puisqu'une roseur persistante lui succède qui correspond bien à la vasodilatation durable capillaire et veineuse ».

Cependant O-DA-RIN affirme ne pas avoir obtenu d'abaissements de tension par ces mêmes extraits ; par contre, il a pu modifier heureusement le trophisme du système cardiaque. En outre, DIMITRACOFF publie et confirme les résultats de O-DA-RIN quant à la tension ; il signale encore avoir guéri des ulcères de l'estomac par des extraits pancréatiques désinsulinés, alors que les autres traitements s'étaient montrés inopérants. Par leur emploi, SELLEI n'obtint aucune amélioration dans le syndrome de REYNAULD.

Au résumé, l'opinion des différents auteurs à l'heure actuelle étant encore par trop contradictoire

sur le rôle hypotensif de ces extraits, nous n'en faisons pas état.

Il n'en reste pas moins que leur action sur les parois vasculaires est très importante. Les faits consignés par PAUTRIER et ses collaborateurs sont par trop probants pour ne pas être retenus. Ce faisceau de preuves a été suffisant pour nous inciter à traiter quelques malades par l'extrait de pancréas désinsuliné. Ces travaux ne datent encore que de quelques années. Il faudrait certainement une expérimentation plus vaste pour pouvoir juger en toute équité de leur efficacité. Nous ne possédons qu'une seule observation et nous la publions néanmoins, espérant ainsi apporter notre contribution, si modeste fût-elle, à cette question par trop discutée.

OBSERVATION

M. B. T., âgé de 42 ans, cultivateur, vient nous voir le 6 mai 1931 pour une ulcération de la face interne jambe droite, tiers inférieur, qui mesure 8 centimètres de long, 6 centimètres de large et 4 millimètres de profondeur. Elle est propre, sans aucune odeur mais suinte abondamment ; les jambes n'ont pas de volume très différent et presque pas d'œdème.

ANTÉCÉDENTS. — Quelques maladies d'enfance bénignes, mais il semble y avoir chez lui une certaine note d'éthylisme. En effet, il présente des terreurs nocturnes, de la zoopsie. Ses mains sont animées d'un petit tremblement.

EXAMEN. — Foie un peu gros, appareil circulatoire normal sauf une tension un peu élevée à 18-12 ; appareil rénal : rien à signaler ; système nerveux : réflexes normaux.

Nous nous décidons à intervenir comme d'habitude par un traitement local et simultanément, nous faisons absorber à ce malade des extraits pancréatiques désinsulinés. Bientôt, l'ulcère bourgeonne, la lymphorrhée se tarit et dans l'espace de 1 mois, c'est-à-dire vers le 10 juin, M. B. T., est complètement guéri. Les varices qui existaient sur les jambes nous ont semblé avoir diminué.

L'unique observation que nous soumettons à nos lecteurs est assez particulièrement probante. Nous aurions voulu certainement tenter une expérimentation sur une plus grande échelle, mais notre traitement local s'étant toujours avéré rapide et suffisant, il nous a été impossible d'obtenir des observations plus nombreuses.

Nous n'en retenons pas moins *l'opportunité d'associer à la thérapeutique locale chez certains déficients vasculaires la médication pancréatique désinsulinée.*

CONCLUSIONS

Notre expérience acquise, grâce au nombre d'ulcères de jambes que nous avons traités par notre méthode locale nous permet de formuler ce qui suit : l'application de moyens de contention et de topiques appropriés ne suffit pas toujours pour guérir les ulcérations des jambes. L'ulcère jambier est malgré tout assez souvent tributaire de lésions organiques diverses, notamment de celles du cœur, des reins, des syndromes hypertensifs, cardio-rénaux, voire même de dysendocrinie, parathyroïdienne, hypophysaire, génitale, ou pancréatique.

Il est donc indispensable qu'après examen de la lésion tout porteur d'ulcère soit soumis *de plano* à un contrôle minutieux, toute déficience devant être traitée par la suite par une thérapie adéquate, seul moyen d'obtenir un résultat tangible que cet adjuvant, par surcroît, activera toujours.

En matière d'ulcères variqueux, une thérapeutique

qui ne tiendrait aucun compte des déficiences organiques serait, selon nous, incomplète et pourrait en conséquence occasionner des déboires.

Vu :

Le Président de thèse,

FIESSINGER

Vu :

Le Doyen

BALTHAZARD

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de Paris

CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

Ulcères variqueux

- ABDERHALDEN et GELLHORN. — *Pflügers Archives*, 1924.
- A. ADLER. — Der angeborene hämolytische Ikterus im Ergänzungsbände zu Kraus-Brugsch, *Spezielle Pathologie und Therapie*. Kl. Wochenschrift, 1927.
- ALBONI. — *Cécropia. Répertoire de Pharmacie*, 1905; p. 193.
- ALGLAVE. — *Revue de Chirurgie*, juin 1906.
- E. K. ALLIS. — Treatment of chronic ulcer of leg, with formula for modified Unna's paste (*U. S. V. et Bur. M. Bull.* 6 : 130, février 1930).
- AMBARD et SCHMID. — Ulcères de jambe guéris par l'insuline. Réflexions (*Bull. de la Soc. française de Dermatologie* 1925, n° 3, 18 janvier, p. 55).
- L. AUBERT. — Contribution à l'étude du traitement ambulatoire des ulcères variqueux. *Thèse*, Nancy, 29 mai 1930.
- AUDIER. — L'ulcère de jambe (*Marseille-Médical*, n° 17, 15 juin 1929, p. 815).
- ASCHNER (BERNARD). — Troubles menstruels cause de maladies. *Win Kli. Woch.* 28 avril 1927.
- AYZENSTEIN (K.). — Étude Histo-Physiologique des Effets Vasculaires de quelques glandes endocrines. *Thèse*, Paris 1932.
- BARDON et MATHEY-CORNAT. — Sympathectomie péri-artérielle dans les ulcères variqueux. *Lyon-Chir.*, novembre 1923.
- BAUER. — *Medizinische Klinik* 1931, n° 31, p. 1152.
- BECURT. — Traitement des varices et ulcères variqueux, *Clinique*, avril 1926.
- BERTWISTLE (A. P.). — Traumatic ulcers of leg (*Clin. J. J.*, 56-31, 19 janvier 1927).

- BILLET. — Ulcères variqueux géants, traités et guéris par la Sympathectomie périfémorale (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, n° 15, 10 avril 1927).
- BINET (LÉON). — Physiologie thérapeutique de l'hypophyse, in. Les progrès récents en thérapie endocrinienne.
- F. BLANCHARD. — Le traitement des ulcères de jambe et des varices (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, XLIII, 1925, p. 155).
- BOUCHÈRE. — Application chirurgicale des courants de haute-fréquence dans le traitement des ulcères variqueux, *Thèse de Montpellier*, 1929.
- BOURGGRAFF (P.). — Ulcères variqueux.
- BREL (J.). — L'Artichaut, Paris, Amédée Legrand.
- La feuille d'artichaut et le foie, son action chologogue et diurétique. *Courrier Médical*, 23 février 1930.
- *Bulletin de Biologie, Clinique de Bordeaux*, avril 1926. Société de Thérapeutique. Paris, 12 juin 1929.
- BROCA. — Étude clinique sur quelques lésions cutanées des membres variqueux. *Thèse de Paris*, 1886.
- BUISSON (LOUIS). — Traitement des ulcères chroniques de la jambe par la vaccinothérapie. (*Les Ateliers d'Impr.* Louis Sève, 20, rue Charcot, Paris, 1929).
- BULKEY. — Relation between certain disease and the menstrual fonction. *Transopthe med. Soc.*, New-York, 1901.
- BÜSCHKE et CURTH. — *Dermatologische, Wochenschrift*, 1931, n° 45, p. 1743.
- CADENAT. — Les ulcères de jambe ; comment envisager à l'heure actuelle leur traitement (*L'Hôpital*, mai 1926).
- M. CARO et T. J. RIORDAN. — Varicose ulcer and eczema ; pathogenesis and Treatment (*M. Clin. North America*, 13-729-743, novembre 1929).
- CAVALUCCI. — Sur le traitement des eczémas et ulcères variqueux par les injections sclérosantes. (*Riforma medica an. KLV*, n° 51, 21 décembre 1929, p. 1722-1727).
- CHAIX. — La dermite : pigmentée et purpurique. *Thèse de Lyon*, 1926.
- CHAMPY, KRITCH, LOMBART. — Compte-Rendu, *Société de Biologie* 1929, t. C, p. 260.

- CHAPUT. — De la fréquence des syphilis méconnues. *Journal de Méd. et Chir. Pratiques*, 1916.
- CIAMBELLLOTI. — La cura delle ulceri da varici Il *Dermosiflografo*, settembre, 1929.
- CLASEN. — *Ulcus cruris und ihre Behandlung*, 2^{me} édition, Berlin et Wien 1924, (138, p. 8).
- CLERC. — *Précis maladies du cœur et des vaisseaux*. Tome V.
- CLOITRE. — La récédive post-opératoire des ulcères variqueux. Thèse de Toulouse, 1921.
- COLEBROOK. — Varicose ulcers (The Lancet, may 1928, p. 904).
- CORMIER. — Des syphilis ulcéreuses simulant l'ulcère variqueux, =Thèse de Paris, 1897.
- CORNIL. — *Anatomie pathologique des veines variqueuses*. 1872.
- R. COURRIER. — Notes d'endocrinologie ovarienne, *Presse Médicale*, 18 novembre, 1931, p. 1688.
- CLAUDE, PORAK, ROUTHIER. — Compte-rendu, *Société de Biologie*, tome LXXIV, p. 390, 15 février, 1923.
- L. CUNY et D. QUIVY. — Données actuelles sur l'hormone testiculaire. Paris, 1932.
- CUTTING (R. A). — *Chronic leg ulcers treatment with Unna's paste boot* (Am. J. Surg. 8, 743-748, avril 1932).
- I. DAINOW. — Traitement des ulcères variqueux par l'acéthylcholine et de la possibilité d'appliquer ce médicament au traitement des ulcères de l'estomac. *Revue de la Suisse Romande*, 25 avril 1930.
- *Journal de Médecine de Paris*, 17 juillet 1930, n° 29, p. 619.
- L. DANEL, J. LAMBLIN et P. DAVID. — A propos d'un traitement ambulatoire des ulcères variqueux (*Société médicale et anatomoclinique de Lille*, séance du mardi 15 juillet 1930).
- L. DANEL et J. LAMBLIN. — A propos d'un traitement ambulatoire des ulcères variqueux (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 14 septembre 1930, p. 201).
- DANEL. — *Journal des Sciences, Médical de Lille*, 14 septembre 1930.
- DANILEWSKY. — *Zeitsch, experim. Medi*, 1925.
- DANTZER. — *Long Island Medical, Journal*, mars 1930.
- DARIER. — *Dermatologie*.
- DA-RIN. — *Chemische Zentral blatt.*, 1930, 11 p. 3590.

- DE CHASTENAY. — Sympathectomie. *Gazette des Hôpitaux*, avril 1927.
- DELATER G. — *Presse Médicale* n° 98-M. 9 XII 1931, p. 1808.
- Considération sur l'anatomie et la physiologie des varices du membre inférieur. *Journal de Médecine de Paris*, février 1926.
- G. DELATER, HUGEL, SAIDMANN, J. DURAND, BOISLEARD, M. CHAILLY, SAUVE. — *Les maladies des veines et leur traitement*.
- DE BLANCHAUD. — Le traitement des ulcères par le nitium (*Notes Pratiques d'Actualité Médicale*, n° 81, novembre 1928, p. 881).
- DEKEYSER. — Le traitement des ulcères de jambes (*Soc. belge de Dermatologie et de Syphiligraphie*, séance du 8 février 1931).
- *Société belge de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 3, mars 1933, p. 144.
- DELBET. — Pathologie des varices des membres inférieurs. *Congrès de Médecine de Paris*, 1906.
- Les varices. *Progrès-Médical*, 1921, Pathologie des veines. *Journal méd. français*, 1921.
- DELBET et MOCQUOT. — *Pathologie des varices*, 1913.
- DEL CAMPO. — Ulcères variqueux de la jambe modifiés par l'insuline (*Revista méd. de Malaga*, n° 25 octobre, 1926 p. 662-663).
- Ulcères variqueux de la jambe modifiés par l'insuline (*Bruzelles-Médical*, 1927, p. 836).
- DEUTCH (H). — *Bl. Beinheidke*, n° 10, avril 1928.
- Blutkrankheiten und Ulcera cruris (*Klin. Wochenschrift*, 9 : 2064-2065, 1 novembre 1930).
- J. DEVANE. — A note on the ambulatory treatment of varicose ulcers (*The Lancet*, oct. 1927, p. 865).
- DE WAELE. — La circulation artérielle et veineuse, in *traité de Physiologie normale et pathologique*. T. VI.
- DIMITRACOFF. — *Kongrezezentral blatt für die Gesamttinnerre Medizine*, 1931, volume 62, p. 762.
- DURAND et ZANA. — *Presse Médicale*, 1931, n° 62, p. 1172.
- DURANTE. — Neurotomie du saphène interne associé à la sympathectomie dans le traitement des ulcères variqueux complexes. *II Policlinico*, 1927.
- J. DUSAN, FLORY et SIVAN. — Le traitement des ulcères des

- jambes: *Marseille médical* n° 11, 15 avril 1933.
- EPPINGER. — *Klinische Wochenschrift*, n° 1, 1930.
- FAURE-BEAULIEU et DAVID. — L'insuliné dans le traitement des ulcères de jambe (*Bull. et Mém. Soc. Med. Hôpitaux de Paris*, 1925, 12 juin, p. 892).
- FAYRE, CONTAMIN et MARTINE. — La dermite pigmentée et purpurine et les ulcères variqueux. *Lyon-Med.* février 1924.
- FISCHER. — *Med. K.*, n° 29, 1929.
- FONTAINE et JUNG. — *Presse Médicale* 1931, n° 20.
- FOUQUET (CH.). — La thérapeutique au goût du jour, le traitement des ulcères de jambe (*Le concours Médical*, 4 mai 1930, n° 18, p. 1.387).
- Un nouveau traitement des ulcères variqueux (La Consultation, *Revue clinique de Méd. et de Chirurgie, spec.*, octobre-novembre 1930, p. 197).
- *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 11 décembre 1930.
- FRANZ FISCHER. — Traitement de l'ulcère de la jambe (*Revue des progrès thérapeutiques*, n° 6, 1928, p. 473).
- FREY, H. KRAUT, F. SCHULTZ. — *Arch. Exp. Pathologie, Pharmacologie*, 1930, n° 158.
- H. FUHS. — *Ulcus cruris* (*Wien. Klin. Wochenschrift*, 5 : 1653-1657, 29 novembre 1928).
- GANSSLEN. — *Kli. Woch.* n° 20, 1927.
- GARCIA-DIAZ. — Sympathectomie appliquée au traitement des ulcères chroniques des membres inférieurs. *Thèse de Paris*, 1925.
- F. GASIGLIA. — Le traitement chirurgical des ulcères variqueux. *Thèse de Paris*, 1927, Vigné Éditeur.
- GASTOU. — Ulcères phlébitiques, 1897.
- GATE et BARRAL. — Remarques sur le traitement des ulcères de jambe par l'insuline à propos de 19 cas (*La Presse Médicale*, 1^{er} février 1930, n° 10).
- GATE et BARRAL. — *Lyon-Médical*, n° 16, février 1930.
- GATE. — Remarques sur le traitement des ulcères de jambe par l'insuline à propos de 19 cas (*Journal de Médecine de Paris*, n° 17, 24 avril 1930).
- GATINEAU. — Recherches étiologiques sur l'ulcère variqueux d'après la réaction de B.-W. *Thèse de Paris*, 1914.

- GAUDARD (RAOUL). — Étude critique sur l'ulcère variqueux et son traitement. *Thèse de Paris*, 1872.
- GILBERT (A.) et CARNOT (P.). — *C.-R. Société de Biologie*, t. LV, 1903, 545.
- GIROUX et KISTHINIOS. — *Bull. Médical*, 22 février 1930.
— Extraits pancréatiques désinsulinés en thérapeutique, Paris, Masson, Éditeur, 1931.
- GLEYS (E.). — 4 leçons sur les sécrétions internes, Paris, 1921.
- GLEYS et KISTHINIOS. — *Bulletin de l'Ac. de Méd.* c. 1.250, 59, 27 novembre 1928.
— *C.-R. Soc. de Biologie*, XCIX, p. 1.840-1.841, 15 décembre 1928.
— *Presse Médicale*, n° 30, 12 avril 1930.
— Über Die Existenz eines Blutdrücksenke Pancreas Hormone. *W. Kli. W.*, n° 50, 1930.
- GOUGEROT. — *Presse Médicale*, n° 1, samedi 2-4-1932, p. 11.
— Dermatologie en clientèle.
- GRÉGOIRE (R.) et WEIL (P.-E.). — Les ulcères de jambes des splénomégales (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie*, n° 3).
- GRUBER (M.) et KOUNTZ (W.-B.). — *Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 1930, vol. 39, p. 435.
- GUILLAUMIN (CH.-O.). — *C.-R. de la Soc. de Biol.*, 1932, t. CX, p. 1.295.
— Faits sur lesquels s'appuie l'interprétation des résultats séro-interférométriques en Clinique. *C.-R. Soc. de Biol.*, t. CXII, p. 651, 1933.
- GUILLERMET (L.). — Contribution à l'étude du traitement des ulcères variqueux par la méthode ambulatoire, *Thèse*, Paris 1924.
- HAHN. — *Skand. Arch. Physiologie*, 1925.
- HALLION. — Physiologie et pathologie et traitement des varices. *Revue Prat. de Biologie appliquée*, 1923.
- HASKELL et CANTAROW (A.). — *Journal of the American Medical Association*, 1931. Vol. 96, n° 15, p. 1.259.
- HERY. — Quelques résultats obtenus par l'emploi de la botte gélatino-amidonnée dans le traitement ambulatoire des ulcères variqueux (*Thèse de Paris*, 1926, n° 137, Arnette Éditeur).
— Traitement de la botte gélatino-amidonnée dans le traj.

- tement ambulatoire des ulcères variqueux (*Bull. général de thérapeutique*, 1926, p. 279).
- HOUDARD. — La cicatrisation des ulcères chroniques de la jambe, *Thèse de Paris*, 1925, Marcel Vigné Éditeur, *Bull. Général de Thérapeutique*, 1926, p. 279.
- JAYLE. — *Annales de Thérapie biologique*, p. 111, 15 janvier 1933.
- JEANSELME. — Des dermites et de l'éléphantiasis variqueux. *Thèse de Paris*, 1887-88.
- JEANSELME et FOUET. — Traitement des ulcères variqueux. *La Médecine*, 1926.
- JONQUIÈRES (H.). — Le clavier neuro-circulatoire à l'état normal et pathologique.
- KELLER. — *Dermatologische Wöchenschrift*, 1931, n° 41, 169.
- LECÈNE, ALGLAVE, MOURE, LERICHE. — Discussions sur le rôle de la sympathectomie dans le traitement des ulcères de jambe. *Soc. Chir. Paris*, mai 1926.
- LECLERC (H.). — Les légumes de France, 1927.
- La feuille d'Artichaut dans le traitement des maladies du foie. *Presse Médicale*, samedi 1^{er} décembre, 1928, n° 96, p. 1.540.
- LERICHE. — Orientation et tendances de la chirurgie du sympathique, juin 1927.
- LERICHE. — Ulcère de la jambe (*Société de Chirurgie de Lyon*, 8 décembre 1927).
- LERICHE et FONTAINE. — Méthode générale de traitement des ulcères chroniques de jambe (*Strasbourg Médical*, 1926, t. II, p. 107).
- Traitement des ulcères de jambe (*Réunion dermatologique de Strasbourg*, 1926).
- Sympathectomie dans les ulcères chroniques de jambe. *Strasbourg Méd.*, avril 1928.
- LEOD (MAC). — Discussion on the treatment of varicose ulcers by intrave-nous injections (*Proceedings of the Royal Society of Medicine*, septembre 1928).
- LIKHATSCHEF et NIKOLAEFF. — *Zeit et ch. fin exp. Med.*, 1926.
- LIPSHUTZ et PAEZ (RAMON). — Les hormones hypophysaires chez le cobaye, *C.-R. Soc. de Biologie*, 7 juillet 1928, t. XCIX, n° 24, p. 453.
- LOMBARD et NANTA. — *C.-R. Soc. de Chirurgie*, décembre 1928.

- LUISADA (ALDO). — Fonctions des Artères et des veines, leur étude à l'aide des électro-angiogrammes. *Archives des Maladies du cœur et des vaisseaux et du sang*, 1930.
- Mc CLINTIC (C.-F.). — Treatment of trophic ulcers by alcoholic injection of the blood vessels (*The Journ. of the Amer. Méd. Assoc.*, n° 12, march. 23, 1929, p. 956).
- MAURY (W.). — Comment cicatriser sûrement toutes les plaies atones, tous les ulcères variqueux par un pansement de marche (*Pratique Méd. française*, septembre 1928).
- MARTINEZ. — Le traitement de l'ulcère gastro-duodénal par l'extrait parathyroïdien (*Los progr. de la clin.*, mai 1932, p. 303).
- MÈLE. — *Algérie Médicale*, Société Médicale d'Oran, 16 janvier 1932.
- MERKLEN (P.) et ARON (E.). — Les cardio-rénaux. *La Pratique Médicale Illustrée*.
- MEYER. — Traitement des ulcères variqueux (*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, 25 janvier 1926).
- MEYER (J.) et WEIL SPIRE (R.). — Traitement des ulcères variqueux (*Bull. général de Thérapeutique*, 1926, p. 139).
- Traitement des ulcères variqueux, (*Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, janvier 1926).
- MORIN (MARCEL). — Importance de l'étude des Réflexes végétatifs au cours de la cure de Bagnoles-de-l'Orne, *Thèse*.
- MOINSON (LOUIS). — La thérapeutique par les glandes.
- NEUMANN. — *Zentral blatt für Gynäkologie*, 1931, n° 20, p. 163, t. II.
- NYSTROM. — Opération radicale des ulcères variqueux. *Acta chirurgica scandinav.*, 1924.
- OLTRAMARE (J.-H.). — *Zentralorgan für die gesamte chirurgie*, 1931. Vol. 55, n° 2, 105.
- PALLIER. — *Bulletin médical*, 1931.
- *Zentral organ für die gesamte chirurgie*, 1931, vol. 54, n° 5, p. 366.
- PASCAULT. — États endocriniens.
- PAUTRIER, AMBARD, SCHMID et LÉVY. — Ulcère de jambe guéri par l'insuline chez un hyperglycémique sans glycosurie et ulcère de jambe guéri par l'insuline chez une malade à glycémie nor-

- male (*Bull. de la Soc. française de Dermatologie*, 1925, n° 3, 18 janvier, p. 52).
- Ulcération atone guérie par l'insuline chez une malade à glycémie normale (*Bull. de la Sté franç. de Dermatologie*, 1925, n° 4, 8 mars, p. 73).
- PAUTRIER, AMBARD et SCHMID. — Ulcères de jambe chez des malades non glycémiques guéris par l'insuline en pommade (*Bull. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 16 mai 1926).
- PAUTRIER, SCHMID et ROBERT. — Guérison d'un ulcère de jambe chez une malade à glycémie normale par le pansement local à l'insuline en poudre (*Bull. de la Sté franç. de Dermatologie*, XXV, 1925, n° 6, 10 mai, p. 132).
- PAUTRIER, SCHMID et ULMO. — Ulcères variqueux (*Réunion Dermatologique de Strasbourg*, 16 mai 1926).
- PEILLON. — Contribution à l'étude des lésions osseuses des ulcères de jambes (*Thèse de Paris*, 1926, n° 581, Impr. Nouvelle, Gentilly (Seine)).
- PELISSIER. — A propos du traitement de l'ulcère variqueux par certains agents physiques (*L'Echo Médical des Cévennes*, février 1928).
- PERUTZ. — Ueber Varizen und Ulcus cruris (*Wien. Med. Woch.*, LXXVI, 1926, p. 398-460-491).
- PERVES. — Hémorragies graves et répétées par ulcère gastrique. Succès du traitement parathyroïdien (*Soc. Med. Hôp.*, Paris, 9 décembre 1932, p. 1.591).
- PEZARD (H.). — Les hormones sexuelles, cours de Thérapeutique de la Faculté de Médecine de Paris. Les progrès récents en thérapie endocrinienne.
- PICARD (ACHILLE). — Étude clinique de l'ulcère variqueux et de ses divers traitements. *Thèse*, Paris.
- PICOT. — Comité Médical des Bouches-du-Rhône (1932).
- POLAC (ISRAEL). — Contribution à l'étude du traitement des varices volumineuses du membre inférieur (*Thèse de Paris*, 1930).
- QUISERNE. — A propos du traitement des ulcères variqueux. La médication pancréatique. Son action locale et générale (*La Vie Médicale*, 10 juin 1930).

- RECLUS. — Hyperostoses consécutives aux ulcères de jambe, 1879.
- REGINALD et PAYNE (T.). — Hunterian Lecture on the treatment of varicose veins and varicose ulcers by injection (*The Lancet*, n° 5.529, vol. CCXVII, août 1929, p. 313).
- RÉMY. — Traité des varices.
- RIGNIER (L.-C.-A.). — Du Massage, traitement rationnel des ulcères de la jambe. *Thèse de Paris*, 1899-1900, n° 467.
- RIVOIRE (R.). — Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie.
- ROCHETTE. — Le traitement en deux temps des ulcères de jambes (*L'Information médicale*, 1^{er} décembre 1927, p. 187).
- RODILLON. — La Teskra (*Echinops Spinosus*), *Thèse Nancy*, 1920.
- ROSA (G.-E.). — La nature, 1^{er} novembre 1927.
- RONSISSVALLE (F.). — Munschener-Medizinische, Wochenschrift, 1930, 40, p. 2.082.
- SABBAN (ÉMILE). — Contribution à l'étude du traitement des ulcérations chroniques du membre inférieur (*Thèse de Paris*, 1930).
- SANA. — L'opération de LERICHE, dans l'ulcère de jambe (*Bratt. Lekar, listy*, juillet 1928).
- SAPPEY. — De l'ulcération et des ulcères (*Thèse d'agrégation Paris*, 1847).
- SCHOLTZ. — *Archive für exp. Pathologie und pharmacologie*, 1931, vol. 159, p. 233.
- SCHKAWERA et SSENTJURIN. — *Zeitschr. exp. Med.*, 1925, 44, 748.
- SEELIG (C.) et KAETHE JAFFE. — *Klinische, Wochenschrift*, n° 18, 1930.
- SEIDNER. — *Zentral blatt für Haut und Geschlechts, Krankheiten* 1930, vol. XXXV, p. 454.
- SELLEI. — *Medizinische Klinik*, 1930, n° 50, p. 1.859.
- SESARY et LICHWITZ. — Les lésions osseuses des membres atteints d'ulcères variqueux (*Soc. Méd. Hôpitaux de Paris*, septembre 1926).
- SHUGG (A.-W.). — Varicose ulcers of the leg (*The Med. Journ. of Australia*, n° 4, january 1929, p. 106).
- SICARD. — Traitement des varices par injections sclérosantes. *Presse Médicale*, juin 1926.

- SICARD, FORESTIER, GAUGIER. — Rapport à la *Soc. de Dermatologie* de Londres, juin 1928.
- SONER. — Varicose ulcer its symptomatology, etiology, pathology, and treatment (*J. Missouri M. A.*, 27, 161-166, avril 1930).
- SPILLMANN et AUBERT. — *Bulletin de la Soc. française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 1, janvier 1930.
- STAIN. — Contribution à l'étude du traitement des ulcères variqueux (*Thèse de Paris*, 1926, n° 520, Arnette Éditeur).
- STEINWENDNER. — *Die Schüerzphanomene bein, ulcus cruris*, n° 33, 13 août 1932.
- SUCHER. — Sur quelques actions spécifiques de l'extrait parathyroïdien. Influence sur l'ulcère de jambe et la pyorrhée alvéolaire (*Wien. Klin. Wochens.*, 27 janvier 1933, p. 109).
- TERRIS (E.) et JONESCO et COHEN. — Ulcères de jambe ; lésions osseuses et syphilis (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 51 : 1.189-1.194, 21 juillet 1927).
- TINEL (J.). — *Précis clinique d'endocrinologie*, 1931.
- TIXIER. — Les greffes dermo-épidermiques dans le traitement des ulcères chroniques de jambe (*Monde Médical*, 1^{er} avril 1926)
- TIXIER et BIZE. — Ulcères variqueux. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 2 juillet 1926.
- TOUPET. — *Thèse de Paris*, 1911.
- TOURNEUX (M.-J.-P.). — Dégénérescence cancéreuse d'un ulcère variqueux (*Toulouse-Médical, Soc. de Médecine et de Chirurgie et Pharm.* Séance du 14 janvier 1930).
- TOURNAY. — *Société Médicale de l'Opéra*, 11 avril 1931.
- Correspondance. A propos de l'article sur le traitement des ulcères variqueux. *La Presse Médicale*, samedi, 15 avril 1933.
- TROUT. — Ulcères variqueux et blocage lymphatique, un nouveau principe de traitement (*Arch. of surg.* Vol. XVIII, juin 1929, p. 2.281-2.303).
- VAN DEN BOSCHE. — *Historia Med.*, Bruxelles 1639.
- VAN RUNCKELEN et FRANÇOIS. — *Soc. belge de Derm. et de Syph.* mars 1931.
- VIGNES (H.). — Opothérapie génitale, progrès récents en thérapie endocrinienne.
- *Physiologie gynécologie et Médecine des femmes*, Paris, 1929.

- VIGNE (P.), DUSAN (J.) et GALLIAN (C.). — Un nouveau traitement de l'ulcère de jambe (*Marseille-Médical*, 5 février 1933).
- VERNY. — Contribution à l'étude du traitement ambulatoire des ulcères variqueux (M. Vigné Éditeur, 13, rue de l'École de Médecine, Paris VI, 1925).
- Traitement ambulatoire des ulcères variqueux (*Bull. général de thérapeutique*, 1926, p. 127).
- VILLARET-ST-GIRON, etc. — Pression veineuse.
- VINCHON (J.). — *Annales de thérapie biologique*, 15 février 1933, p. 183.
- VIRIOT. — *Bruxelles-Médical*, 1931, n° 47, p. 1.380.
- VOTRUBA. — *Klinische Woch. Med. Kl.*, n° 17, 1920.
- WESSCHEY. — *Zentral blatt für haut und Geschlechts Krankheiten*, 1931, vol. 135.
- WISCHNEWSKY (S.). — Über den Mechanismus segmentärer Gehirnaffektionen bei « trophischen » sterungen (*Ztschr. F. d. ges. exper. Med.*, 63, 677-687, 1928).
- ZANA (A.). — L'Hormone parathyroïdienne en thérapeutique gastrique (*Thèse*, Paris, 1932).
- ZONDEK. — *Archiw für Gynäkologie* 1931, vol. 144, p. 1.
- ZONDEK et ASCHEIN. — Consultation pendant la gestation. Endocrinologie, janvier 1928.
- Hormone du lobe antérieur de l'hypophyse. *Kl. Wochenschrift* VI, 5 février 1927, p. 248.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
Tension artérielle et porteurs d'ulcères	15
Maladies du sang et ulcères de jambes	34
Affections rénales et ulcères de jambes	39
Endocrinologie	61
Ulcérations et parathyroïdes	65
Glandes génitales et ulcères de jambes	76
Hypophyse et ulcères de jambes	94
Pancréas et ulcères de jambes	104
Conclusions	109
Bibliographie	111

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 23-6-1933.

